

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N° 443

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marga DOUALLA BELL

Née le 21 janvier 1911, à Sainte-Rose (Guadeloupe).

**Contribution à l'Étude
du
Traitement de la Mélancolie
chez la Femme**

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940

54

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marga DOUALLA BELL

Née le 21 janvier 1911, à Sainte-Rose (Guadeloupe).

**Contribution à l'Étude
du
Traitement de la Mélancolie
chez la Femme**

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	RATHERY.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies du système nerveux ...	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique ophtalmologique	COUVELAIRE.
Clinique urologique	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	MOCOQUOT.
	OMBRÉDANNE.
Clinique gynécologique	HARVIER.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale	Pierre DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique	M. VILLARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TROISIER.
Clinique propédeutique	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose	LAUBRY.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	Clovis VINCENT.
Clinique de cardiologie	N...
Clinique de neuro-chirurgie	HAZARD.
Assistance médico-sociale	MILON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CACHERA Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	CORDIER Anatomie.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	COUVELAIRE (Roger). Urologie.
BONNET Bactériologie.	DELARUE Anatomie pathologique.
BOULANGER . Chimie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	DEGREZ (H.) . Physique.
BROUET Pathologie médicale.	DESOLLE Médecine légale.
BULLIARD ... Histologie.	DIGONNET ... Obstétrique.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÈNEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
 cale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.
 ALAJOUANINE.
 BRULÉ.
 CATHALA.
 CHABROL.
 CHEVALLIER.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 GASTINEL.
 HUGUENIN.
 LAROCHE (G.).
 LIAN.
 MOREAU.
 PIÉDELÈVRE.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 de GAUDART
 d'ALLAINES.
 LEVEUF.
 MOULONGUET.
 MOURE.
 QUENU.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 METZGER.
 PORTES.
 VIGNES.

Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES BEAUX-PARENTS

A MA MÈRE

*Ce modeste témoignage de mon affection
et de mon éternelle reconnaissance.*

A MES SŒURS

A MON MARI ET A NOTRE FILLE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
et des Maladies de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHATAGNON

Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Ancien Chef de Laboratoires à l'Hôpital Bichat, à Paris.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Médaille militaire.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
nous a constamment aidée de ses précieux
conseils dans la conduite de ce travail.
Nous n'oublierons pas la grande bienveil-
lance qu'il nous a toujours témoignée du-
rant notre internat à Maison-Blanche, l'en-
seignement qu'il nous a si souvent prodigué.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre vive
et respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME-LOUIS

Chirurgien-Chef de l'Hôpital Général de Tours.
Directeur de l'Ecole de plein Exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours.

A TOUS MES MAITRES DE L'ECOLE DE TOURS.

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES

DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE MAISON-BLANCHE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMAY

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

MONSIEUR LE DOCTEUR H. BEAUDOIN

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIMOR

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. VIE

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

En respectueux hommage.

AVANT-PROPOS

Nous avons pensé que le traitement classique de la Mélancolie pouvait être complété heureusement grâce aux acquisitions récentes de la biochimie.

Frappée de certains résultats vraiment probants observés dans le service du Docteur P.-A. CHATAGNON à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, nous avons poursuivi l'expérimentation, trop courte à notre sens, sur une série de mélancoliques femmes de tous âges, de l'action des vitamines A, B₁, G, C, associées à des catalyseurs minéraux représentés le plus souvent par un sel magnésien ou de sodium. Quelques essais ont été tentés avec les vitamines E et P. P. — Nous avons complété l'action bio-chimique de ces éléments par la correction de certaines déviations dues à une insuffisance hormonale élective : génito-surrénale ou hypophyso-génitale, en utilisant des hormones synthétiques d'un prix de revient abordable.

La nature de notre intervention thérapeutique était guidée d'abord par le désir d'augmenter le pouvoir d'oxydo-réduction, d'hydrolyse, de phosphorylation, etc... de tous les éléments tissulaires, y compris le système nerveux, par suite d'accroître l'activité vitale de l'organisme du mélancolisme, et ensuite de corriger les déficiences ou les perversions hormonales.

C'est par une action indirecte, en modifiant l'état général et en redressant les différentes fonctions déficientes de l'organisme que nous avons agi sur les troubles psychologiques caractéristiques de la mélancolie, démontrant ainsi l'interpénétration de l'organisme humoral et de l'organisme pensant.

Bien que n'ayant pu mener cette expérimentation humaine avec toutes les précisions et toutes les vérifications scientifiques désirables — et cela en raison des circonstances présentes, nous n'en avons pas moins obtenu des résultats fort intéressants qui confirment le bien-fondé de notre hypothèse.

Aux médications purement symptomatiques de la Mélancolie nous avons tenté d'en substituer d'autres qui se rapprochent beaucoup des médications étiologiques.

Nous avons fait de larges emprunts à l'article de A. RIVI du *Traité de Thérapeutique appliquée* publié en 1898 sous la Direction d'Albert ROBIN, notamment en ce qui concerne la symptomatologie appliquée à la thérapeutique, ainsi que la psychothérapie.

INTRODUCTION

L'histoire de la thérapeutique de la mélancolie peut se confondre avec le développement des idées à travers les siècles sur cette affection ou ce syndrome.

Depuis Hippocrate on connaît de la mélancolie son altération profonde de l'état général et ses troubles hépato-biliaires, mais noyée et englobée jusqu'au XVIII^e siècle dans la notion des délires partiels, l'affection ne fut guère traitée que dans ses manifestations psychiques. Il faut arriver au XIX^e et au début du XX^e siècle pour observer les grands travaux d'analyse qui aboutiront à reconnaître sous la façade clinique quelque peu de la nature des lésions sous-jacentes.

Et l'on peut dire qu'à la suite d'ESQUIROL, BAILLARGER, GEORGET, DELASIAUVE, MOREAU DE TOURS, Auguste VOISIN, J.-P. FALRET, MARCÉ, MAGNAN, BALL, LA-SÈGUE, MOREL, BALLET, SÉGLAS et plus près de nous SÉRIEUX, CAPGRAS, — sont établies sur des bases solides la nosologie et la thérapeutique de la mélancolie.

Cette thérapeutique que nous nommerons classique comprend : un traitement physique et un traitement moral. Il y a bien peu de choses à ajouter au traitement psychologique de nos anciens. Le traitement physique était essentiellement et surtout un traite-

ment symptomatique : on obtenait la sédation de l'agitation avec l'alitement et l'hydrothérapie en y ajoutant les médications calmantes et hypnotiques avec l'opium, et ses succédanés, les bromures, le chloral, la paralaldéhyde, le véronal, le sulfonal, le trional, etc. qui agissaient également sur l'insomnie; on traitait l'anorexie : par le régime alimentaire abondant autant que possible et varié, la constipation : par les lavements et purgatifs, la céphalée par l'antipyrine et le pyramidon, l'épigastrie : par les infusions et les analgésiques locaux : eau chloroformée avec ou sans cocaïne, les auto-intoxications gastro-intestinales : par les lavages d'estomac, le benzonaphtol ou le salicylate de bismuth; l'asthénie : par les médications phosphorées, arsenicales, le fer, le quinquina, etc...

Nos recherches bibliographiques portant sur tout le début de notre siècle nous révèlent que les publications sur la thérapeutique de la mélancolie ne sont pas très nombreuses. Un grand nombre d'entre elles ont eu surtout en vue, comme le faisaient les classiques, la correction d'un symptôme, en utilisant soit des corps certainement toxiques pour ces organismes tels que : fluorure de sodium, sedormid, somnifène, bromures, soufre, dinitrophénol, polycamphosulfonates, benzédrine — soit des éléments moins nocifs et plus rationnels tels que l'hématoporphyrine et l'acide déhydrocholique.

Toutefois une ébauche de traitement plus physiologique se dessine au cours de ces vingt dernières années par l'emploi plus judicieux des extraits d'or-

ganes (glandes surrénales, sexuelles, pituitaire, hépatique, pancréatique); mais ce ne sont encore là que des actions isolées et non coordonnées parce que mal étayées sur des données physiopathologiques insuffisantes ou erronées.

Par l'analyse minutieuse des déviations morbides essentielles chez chaque malade, en mettant au premier plan la considération du substratum biologique du sujet, dont le syndrome mélancolique n'est qu'une expression clinique, nous nous sommes efforcée, en posant les indications thérapeutiques appropriées, de nous rapprocher le plus possible de la médication étiologique.

Nous exposerons successivement :

Dans un premier chapitre l'étude clinique résumée de la mélancolie chez la femme avec ses aspects multiples, ainsi que des syndromes mélancoliques, en ne perdant pas de vue l'action thérapeutique.

Dans un deuxième chapitre : Les indications thérapeutiques, avec :

- a) Un aperçu physiopathologique.
- b) Les indications psychothérapiques à toutes les phases d'évolution de la mélancolie.
- c) Les régimes alimentaires.
- d) Les traitements médicamenteux.

Dans un troisième chapitre : Nos observations et leurs résultats.

Enfin nos conclusions seront suivies de la bibliographie des principaux textes consultés et les publications récentes sur le sujet.

CHAPITRE I

CONSIDERATIONS GENERALES ET SYMPTOMATOLOGIE DE LA MELANCOLIE

Plus que dans tout autre syndrome mental nous retrouvons dans la mélancolie, une altération profonde du fonds mental affectif qui marque de son sceau toutes les manifestations morbides : elle est marquée par une sensation consciente ou inconsciente de malaise, d'inquiétude, d'impuissance, de douleur vague intérieure. Parfois la maladie se résume dans cette cénesthésie douloureuse; le plus souvent cependant, sur ce fonds morbide on voit se développer des symptômes intellectuels, des perturbations de la volonté, même des troubles sensoriels, qui, augmentant le sentiment pénible primitif, peuvent conduire le malade au désespoir le plus violent ou à la résignation silencieuse et même à la complète stupeur. Ces troubles cérébraux se développent sur un organisme présentant des déficiences polyviscérales, endocriniennes ou autres, de la connaissance desquelles peuvent découler d'importantes et majeures indications thérapeutiques.

On ne saurait assez insister en effet sur le terrain organique sur lequel se développe le syndrome mé-

lancolique, ce sont les caractères de ce terrain qui conditionnent vraiment l'idée théorique de la dégénérescence et qui répondent à l'ancienne conception, juste en soi, de la prédisposition héréditaire ou acquise. Cette prédisposition peut rester longtemps latente et ne se réveiller que sous l'influence de causes qu'on a appelées avec raison occasionnelles, dont les unes sont vraiment légères et parfois de minime importance, dont les autres, violentes au contraire, constituent un véritable choc physique ou moral.

Insistons sur le rôle important des émotions morales déprimantes, des chagrins domestiques, des chocs affectifs répétés, ou des cataclysmes comme la guerre. Les dysfonctions endocriniennes, surtout génito-surrénales; les précarences et les carences vraies; certaines maladies infectieuses ou toxi-infectieuses, parasitaires, certaines intoxications alcooliques; par développement tumoral, certaines infections du groupe typhique, de la lèpre, de la tuberculose, du paludisme, etc.; certains états diathésiques (à rapprocher des états carencés) doivent être considérés comme pouvant favoriser le développement du syndrome mélancolique.

LE SYNDROME MELANCOLIQUE

Il sera constitué essentiellement par :

Des troubles du sentiment et de l'activité volontaire.

Des troubles intellectuels.

Des troubles sensoriels.

Des modifications des signes généraux.

1^o) TROUBLES DU SENTIMENT ET DE L'ACTIVITÉ VOLONTAIRE.

Le trouble initial, le fond même des affections mélancoliques, leur principal symptôme est la dépression douloureuse. C'est d'abord une douleur vague, indéterminée, dont le malade a parfaitement conscience, dont il cherche l'explication et qu'il s'applique à rattacher, soit à une idée, soit à un fait antérieur de son existence. Mais quelles que soient les raisons qu'il donne de sa douleur, ce ne sont pas elles qu'il accuse de son malheur; s'il souffre, ce n'est pas « parce qu'il croit, même avec conviction, avoir offensé Dieu, commis des péchés, perdu sa fortune, mais bien plutôt parce qu'il ne se sent plus le même, qu'il ne peut plus ce qu'il veut, qu'il est impuissant à secouer ce joug. (SCHÜLE).

Ces états cénesthésiques douloureux peuvent avoir sur les manifestations externes des malades des résultats très opposés : chez les uns se produit une véritable concentration de tout l'être, allant depuis la simple apathie jusqu'à la plus complète stupeur; chez

les autres, au contraire, c'est une sorte d'expansion avec activité désordonnée, cris, gémissements, anxiété, parfois même angoisse des plus violentes (COTARD).

Un des phénomènes les plus pénibles dont souffre le mélancolique et qui contribue le plus à augmenter sa dépression douloureuse, c'est la diminution de la volonté; il a le sentiment profond de ne pas vouloir, ou plutôt de ne plus pouvoir vouloir, de ne plus pouvoir se décider. Cette absence de volonté (aboulie) le jette dans de véritables accès de désespoir en lui montrant son impuissance absolue, et son irrémédiable malheur.

Cette absence de volonté, cette impuissance à agir, qui s'observe surtout chez les mélancoliques concentrés, empêche ces malades de commettre aussi fréquemment que les expansifs des actes violents, tels que le suicide et l'homicide. « Les aliénés expansifs passent plus facilement à l'action que les malades concentrés. Ceux-ci peuvent méditer pendant longtemps un acte violent, suicide ou homicide, mais ils ne le mettent guère à exécution que sous l'influence d'une excitation quelconque, spontanée ou toxique (COTARD) ».

Quoiqu'il en soit, les actes violents, les impulsions dangereuses, le meurtre et le suicide, sont fréquents chez les mélancoliques pris en masse, qui, à ce point de vue, doivent être considérés comme des malades dangereux pour eux-mêmes et pour la sécurité publique. Nous allons voir que ces actes violents sont le plus souvent provoqués par des idées délirantes.

2°) TROUBLES INTELLECTUELS.

Il est incontestable que, sous l'influence de la dépression douloureuse, les manifestations intellectuelles sont d'ordinaire ralenties chez les mélancoliques. Dans certains cas extrêmes, il y a même abolition complète de l'activité intellectuelle; mais, le plus ordinairement cette activité, pour ralentie qu'elle soit, produit après une hésitation plus ou moins longue des idées délirantes, qui sont comme l'explication du sentiment douloureux intérieur. « L'explication une fois trouvée revient sans cesse à l'esprit et s'y grave » (SHÜLE).

Ces idées délirantes, de nature toujours triste, sont multiples et variées : citons parmi les plus fréquentes : Les idées d'humilité et d'indignité; les idées de ruine; les idées de culpabilité et de damnation; les idées de persécution; les idées hypocondriaques; les idées de négation; les idées d'orgueil et de grandeur.

Certains malades se croient incapables de rien faire de bon; ils se sentent impuissants, sont pris d'un profond découragement et ne cherchent qu'à diminuer leur valeur, même à s'annihiler. On conçoit que cet état, poussé à un certain degré, les conduise à croire tout perdu, à s'imaginer qu'ils sont ruinés, déshonorés, à se tourmenter pour leur sort à venir et celui de leurs enfants, etc. D'autres s'accusent de fautes imaginaires, de crimes odieux; ils sont la honte et le déshonneur de leur famille. On va venir les arrêter, les juger, les condamner. Ils ont manqué à

tous leurs devoirs envers Dieu, commis les péchés les plus monstrueux; aussi sont-ils damnés, voués à l'enfer; jamais leurs péchés ne pourront leur être remis, le démon va les emporter. — D'autres fois, ce sont les idées de persécution qui prédominent; les malades se plaignent qu'on leur fait du mal, qu'on les méprise, qu'on les accuse de toute sorte de méfaits; ou bien ils sont obsédés par des idées hypocondriaques, et alors ils accusent des sensations anormales siégeant dans la tête ou dans d'autres parties du corps. Parfois encore les malades expriment des idées de négation : ils n'ont plus de nom, n'ont pas d'âge, ne sont rien; ils n'ont ni parents, ni famille; tout est détruit, rien n'existe plus, ils ne sont plus rien, ils n'ont pas d'âme, etc. A ces idées se surajoutent même des idées d'orgueil, de grandeur, d'énormité. Ainsi les hypocondriaques considèrent les maux dont ils souffrent comme exceptionnels; ils ont des maladies comme personne n'en a. Certains malades s'imaginent être la cause de tout le mal existant dans le monde; d'autres ont des idées d'immortalité, ou se disent Satan et l'Antéchrist, ils sentent en eux une puissance malfaisante, mais surhumaine. Tel est le contenu du délire mélancolique; ses caractères si importants à connaître au point de vue diagnostic ont été magistralement décrits par SÉGLAS :

C'est un délire secondaire : il naît toujours secondairement à un accès d'anxiété.

C'est un délire pénible : la dépression, la tristesse, l'anxiété et tous les sentiments qui dérivent de ces

émotions principales, forment la tonalité fondamentale de l'humeur du mélancolique et imprègnent toutes ces conceptions.

C'est un délire monotone et fixe. Son développement est minime, les conceptions délirantes sont pauvres, comme stéréotypées : le malade répète les mêmes plaintes, pousse les mêmes gémissements, s'accuse des mêmes crimes. La monotonie augmente même avec l'anxiété.

C'est un délire d'humilité : le mélancolique reste humble, passif, résigné, il accepte tous les maux qui le frappent; il se révolte rarement contre eux.

C'est un délire centrifuge et divergent : le malade s'accuse et n'accuse jamais, il regarde tous les maux qui le frappent comme justes et mérités. Il s'oppose par ce caractère au délire du persécuté qui accuse autrui et se considère comme une victime, injustement maltraitée.

C'est un délire d'attente : le malade est dans l'attente continuelle des maux qu'il pressent et qui vont l'atteindre (c'est là un caractère de l'anxiété).

3°) TROUBLES SENSORIELS.

Les plus fréquents sont les illusions et les hallucinations, les troubles illusionnels étant de beaucoup les plus fréquents — mais les hallucinations se reportent dans le territoire de tous les sens : certaines malades voient les scènes les plus terrifiantes : entendent les menaces, les injures les plus grossières;

sentent des odeurs sulfureuses, cadavériques; ont le goût de substances nauséabondes ou toxiques.

Les troubles de la cénesthésie sont multiples, on note des algies, des perversions de la sensibilité; l'analgésie n'est pas rare et favorise la mutilation que certains se font avec un acharnement que rien ne saurait arrêter; un émoussement de la sensibilité des muqueuses, celle des voies digestives par exemple peuvent être une des causes du refus d'alimentation.

Les idées délirantes, ainsi que les troubles sensoriels poussent les mélancoliques à des actes dangereux : pour échapper au déshonneur, au supplice qui les menace, ils sont poussés au suicide. Il en est qui ont le désir d'en finir avec une existence si douloureuse; mais ils n'en ont ni le courage ni la force : ils font des tentatives vaines sans pouvoir aboutir. D'autres, au contraire, comme en proie à un paroxysme mélancolique, se pendent, se poignent, se précipitent avec une rapidité foudroyante.

Certains mélancoliques — et en particulier ceux que tourmentent des idées de culpabilité, ou encore les délirants religieux — ont des tendances à l'homicide : on en a vu qui tuaient dans le but d'être condamnés et de mourir sur l'échafaud; d'autres tuent leurs parents, leurs enfants, et se suicident ensuite, pour éviter à ceux qui leur sont chers le déshonneur et la vie misérable qui peut en résulter.

Un autre symptôme qui est presque de règle chez les mélancoliques, c'est le refus d'aliments, la sitio-phobie. Les uns refusent de manger parce qu'ils sont

ruinés et ne pourraient payer les repas qui leur sont servis; les autres parce qu'ils sont indignes et que les mets qu'on leur présente sont trop bons pour eux; il en est qui veulent faire pénitence; d'autres ont peur d'être empoisonnés; quelques-uns obéissent à une voix qui leur défend de manger, ou bien, obsédés par l'idée de suicide, veulent se laisser mourir de faim. Enfin, certains mélancoliques sont dans un tel état de prostration musculaire, d'anéantissement physique, qu'ils sont dans l'incapacité absolue de se mouvoir, d'agir : les aliments sont devant eux, ils sont incapables de se servir des mains pour se les introduire dans la bouche; seulement ils ne font aucune résistance aux tentatives qu'on fait pour les nourrir comme des enfants.

4^o) MODIFICATIONS DES SIGNES GÉNÉRAUX.

L'expression de la physionomie est caractéristique : les traits sont douloureusement contractés, exprimant la constante préoccupation de sujets tristes, ou bien reflètent l'anxiété, la terreur, le désespoir; les sourcils sont froncés, le regard fixe, les yeux abaissés vers le sol.

L'attitude générale marque l'affaissement; les mouvements sont lents, lourds, comme embarrassés; la marche est traînante; il faut stimuler les malades pour la moindre action : se déshabiller, marcher, etc. Dans les formes stuporeuses et confusionnelles l'attitude est plus caractéristique encore et l'immobilité

plus complète. — Dans les formes anxieuses, l'attitude est tout autre : les malades ont une incessante mobilité, ils ne peuvent rester en place, circulent sans cesse, en poussant des plaintes, des gémissements, des lamentations et répètent toujours les mêmes formules de désespoir. Parfois, pris d'une sorte de paroxysme, ils poussent des cris perçants, de véritables hurlements, s'arrachent les cheveux, se tordent de désespoir; ou bien on les voit faire des mouvements automatiques, toujours les mêmes : certains se frottent indéfiniment les mains, le front, la face; d'autres se grattent avec les ongles certaines parties du visage, jusqu'au sang — les lieux d'élection sont le haut du front, à la naissance des cheveux, les ailes du nez, le lobule de l'oreille — ou s'écorchent les doigts autour des ongles, etc.

Les fonctions digestives sont toujours altérées chez les mélancoliques et souvent très profondément. Le début même de l'affection est généralement caractérisé par un embarras gastrique persistant. Chez beaucoup de ces malades les lèvres et les gencives sont fuligineuses, la langue est sèche ou chargée d'un enduit saburral.

L'appétit est ordinairement diminué et la quantité de nourriture absorbée fort peu considérable. On a vu plus haut que la plupart des mélancoliques en arrivent même, par suite de leur délire, au refus complet d'aliments.

L'appétit peut aussi être perverti. puisqu'on voit des malades manger leurs excréments. N'y a-t-il pas

ruinés et ne pourraient payer les repas qui leur sont servis; les autres parce qu'ils sont indignes et que les mets qu'on leur présente sont trop bons pour eux; il en est qui veulent faire pénitence; d'autres ont peur d'être empoisonnés; quelques-uns obéissent à une voix qui leur défend de manger, ou bien, obsédés par l'idée de suicide, veulent se laisser mourir de faim. Enfin, certains mélancoliques sont dans un tel état de prostration musculaire, d'anéantissement physique, qu'ils sont dans l'incapacité absolue de se mouvoir, d'agir : les aliments sont devant eux, ils sont incapables de se servir des mains pour se les introduire dans la bouche; seulement ils ne font aucune résistance aux tentatives qu'on fait pour les nourrir comme des enfants.

4°) MODIFICATIONS DES SIGNES GÉNÉRAUX.

L'expression de la physionomie est caractéristique : les traits sont douloureusement contractés, exprimant la constante préoccupation de sujets tristes, ou bien reflètent l'anxiété, la terreur, le désespoir; les sourcils sont froncés, le regard fixe, les yeux abaissés vers le sol.

L'attitude générale marque l'affaissement; les mouvements sont lents, lourds, comme embarrassés; la marche est traînante; il faut stimuler les malades pour la moindre action : se déshabiller, marcher, etc. Dans les formes stuporeuses et confusionnelles l'attitude est plus caractéristique encore et l'immobilité

plus complète. — Dans les formes anxieuses, l'attitude est tout autre : les malades ont une incessante mobilité, ils ne peuvent rester en place, circulent sans cesse, en poussant des plaintes, des gémissements, des lamentations et répètent toujours les mêmes formules de désespoir. Parfois, pris d'une sorte de paroxysme, ils poussent des cris perçants, de véritables hurlements, s'arrachent les cheveux, se tordent de désespoir; ou bien on les voit faire des mouvements automatiques, toujours les mêmes : certains se frottent indéfiniment les mains, le front, la face; d'autres se grattent avec les ongles certaines parties du visage, jusqu'au sang — les lieux d'élection sont le haut du front, à la naissance des cheveux, les ailes du nez, le lobule de l'oreille — ou s'écorchent les doigts autour des ongles, etc.

Les fonctions digestives sont toujours altérées chez les mélancoliques et souvent très profondément. Le début même de l'affection est généralement caractérisé par un embarras gastrique persistant. Chez beaucoup de ces malades les lèvres et les gencives sont fuligineuses, la langue est sèche ou chargée d'un enduit saburral.

L'appétit est ordinairement diminué et la quantité de nourriture absorbée fort peu considérable. On a vu plus haut que la plupart des mélancoliques en arrivent même, par suite de leur délire, au refus complet d'aliments.

L'appétit peut aussi être perverti. puisqu'on voit des malades manger leurs excréments. N'y a-t-il pas

d'auto-érotisme, pendant lesquelles ils se livrent à la masturbation avec une véritable fureur.

Les troubles de la circulation ne manquent jamais chez les mélancoliques. Tous ces malades présentent en effet un refroidissement des extrémités et une tendance à la cyanose. Cette hyposphyxie des extrémités répond à une faiblesse myocardique jointe à des troubles vaso-moteurs et de l'hématose. Cette faiblesse myocardique a sa signature dans l'hypotension maxima et minima avec très faible différentielle que l'on trouve pour ainsi dire dans tous les cas. De tels phénomènes ne seraient-ils pas à rapprocher de ce que l'on observe dans ce que l'on a décrit dans certains phénomènes de carence ? — Le pouls est petit, parfois ralenti, parfois accéléré suivant les caractères des troubles psycho-sensoriels. La respiration subit d'importantes modifications, rappelons-en les caractères tracés par MARCÉ, surtout dans les cas de stupeur : « Les inspirations, au lieu de se faire avec ampleur et régularité, au lieu de s'accompagner d'un soulèvement régulier des parois thoraciques et d'un murmure vésiculaire perceptible à l'auscultation, perdent tout à fait leurs caractères physiologiques. Le thorax se soulève à peine et le murmure vésiculaire est parfois tellement affaibli qu'il devient difficilement perceptible : dans certains cas, six ou sept inspirations très faibles sont suivies d'une inspiration plus forte ; dans d'autres cas, l'inspiration est habituellement peu longue, mais elle se fait d'une manière saccadée, comme si elle se composait de plusieurs petites

inspirations secondaires ». MARCÉ insiste très pertinemment sur un phénomène physiologique capital : le cœur envoie au poumon de petites quantités de sang, la ventilation pulmonaire est ralentie et faible : il en résulte un trouble permanent de l'hématose, un défaut d'oxygénation qui contribue à expliquer fort bien les symptômes d'hyposphyxie des extrémités ci-dessus signalés.

Les troubles nerveux sont surtout marqués par des céphalées parfois à types migraineux; des algies variables, imprécises dans certains cas à formes myalgiques; un émoussement des sensibilités superficielles et profondes; il n'y a pas de modification des réflexes; les troubles sphinctériens sont fréquents : ordinairement apparaissant d'une façon épisodique et dûs à une parésie momentanée des sphincters, ou à une sorte d'inconscience due à l'absorption des malades par les idées délirantes ou encore à l'hypoesthésie des muqueuses urétrales et rectales.

L'insomnie enfin est un des symptômes les plus pénibles de la mélancolie. Elle peut être extraordinairement rebelle. Des malades restent des semaines entières, des mois même, sans dormir; ils sont tranquilles, immobiles dans leur lit, mais sans fermer les yeux. D'autres ont quelques heures de repos, puis s'éveillent avec une plus grande angoisse. Le retour du sommeil, même lorsqu'il est encore accompagné de rêves pénibles, est un bon signe, indiquant la convalescence prochaine.

FORMES CLINIQUES DE LA MELANCOLIE

Les types cliniques groupant les faisceaux de symptômes ci-dessus analysés sont multiples. Nous pouvons en décrire deux grandes catégories :

A) Selon que le syndrome mélancolique occupera le premier plan de la scène clinique et sa trame essentielle :

- 1°) Mélancolie simple avec conscience.
- 2°) Mélancolie anxieuse.
- 3°) Mélancolie avec idées de persécution ou persécutions mélancoliques.
- 4°) Mélancolie stuporeuse et confusionnelle.
- 5°) Mélancolie présénile et sénile.

B) Suivant que les symptômes mélancoliques seront intriqués à la symptomatologie d'une autre affection.

- 6°) Phases mélancoliques de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale.
- 7°) Phases mélancoliques des psychopathies organiques.
- 8°) Etats mélancoliques associés à l'évolution d'un diabète, d'une tuberculose, d'une parasitose, d'une intoxication, etc.
- 9°) Etats mélancoliques intriqués à d'autres syndromes mentaux : Phases mélancoliques de la folie circulaire. Etats obsessionnel, schizophrénique, hystérique, etc.).

Ces diverses variétés de la mélancolie peuvent

être aiguës ou chroniques continues, intermittentes ou rémittentes.

1°) MÉLANCOLIE SIMPLE AVEC CONSCIENCE.

Dans cette forme, le symptôme prédominant, on pourrait même dire presque unique, est la dépression générale, physique et mentale. Les malades ont conscience de leur état maladif : ils ont le sentiment intime et profond de leur impuissance, de leur apathie, mais ils sont incapables de réagir. Tout leur devient indifférent : ils négligent leur toilette, leurs affaires, se confinant dans un coin, sans parole, sans mouvement, le visage morne, le regard triste. Ils deviennent insensibles à tous ceux qui leur étaient le plus chers : la mort même de leurs proches les laisse sans émotion apparente.

Ce dont ils se plaignent le plus, c'est l'absence de volonté (aboulie). « Ils veulent et ils ne veulent pas. Ils se sentent poussés à agir, mais ils n'ont la force de se décider à rien. Ils sont, en un mot, sans initiative et sans énergie, et restent le plus souvent dans l'immobilité, faute de mobiles d'action » (FALRET).

Sur ce fond cénesthésique douloureux, on observe au point de vue intellectuel, du vague et de la confusion dans les idées et une certaine lenteur dans les conceptions, et au point de vue émotionnel, des terreurs instinctives pendant le jour et pendant la nuit; ils ont peur de mourir ou de voir mourir leurs proches; ils se croient ruinés; ils craignent de devenir fous.

Un fait essentiel à noter c'est que les mélancoliques sont sujets à des impulsions instinctives à faire ou à dire du mal, à proférer des paroles injurieuses ou obscènes, ou bien à se faire du mal à eux-mêmes. Ces impulsions involontaires au suicide ou à l'homicide, à commettre des actes violents ou à prononcer des paroles inconvenantes, constituent un véritable danger pour les malades eux-mêmes et pour leur entourage. Il importe d'en tenir compte, d'autant plus que les mélancoliques simples avec conscience paraissent d'ordinaire des malades inoffensifs, et, par suite même de leur apathie, incapables d'aucun acte dangereux; et cependant c'est parmi eux que l'on rencontre les plus nombreux cas de suicide. Au cours de la mélancolie simple on n'observe jamais d'hallucinations; elle se présente d'ordinaire sous forme d'accès, séparés quelquefois par de longs intervalles de lucidité.

2°) MÉLANCOLIE ANXIEUSE.

C'est la véritable mélancolie délirante, celle qui est la plus fréquente et se manifeste à l'observateur avec un ensemble de symptômes nettement déterminés, en quelque sorte pathognomoniques.

Le plus caractéristique, et celui qui se présente dès le début de la maladie, est l'anxiété. Le malade est saisi sans motif et à des intervalles irréguliers d'une angoisse indéterminée. Il se plaint d'une sensation pénible dans la région précordiale ou épigastrique;

c'est une sensation de constriction, de pression, de douleur, qui remonte jusqu'au cerveau et provoque l'état émotionnel pénible dont souffre le malade. Cet état anxieux est encore entretenu par les idées délirantes, caractérisées par la crainte, l'effroi, la terreur. Le malade a peur de tout (panophobie) et, surtout de ce qui va lui arriver : on va l'arrêter, on va le juger, le condamner, le guillotiner; les malheurs les plus grands vont fondre sur lui et les siens, etc...

Ces craintes perpétuelles sont accompagnées d'un état constant d'agitation. Le malade ne peut rester en place; il va et vient sans but, des journées entières, gémissant, pleurant, répétant les mêmes membres de phrases : « Oh ! mon Dieu, mon Dieu !... quel malheur ! quel malheur !... ». Il résiste à tout ce qu'on veut lui faire faire, qu'il s'agisse de s'habiller, ou de se déshabiller, d'aller dans un endroit ou dans un autre, etc... Dès qu'on veut le changer de place, il s'attache désespérément aux portes, aux tables, aux murs.

Parfois cette agitation augmente d'intensité; il y a de véritables paroxysmes de terreur avec hallucinations terrifiantes et impulsions violentes (suicide, homicide, automutilations). Celles-ci sont d'ailleurs à craindre dans tout le cours de la mélancolie anxieuse et en font une des affections mentales les plus dangereuses pour ceux qui en sont atteints comme pour leur entourage.

Comme la mélancolie simple, la mélancolie anxieuse peut être considérée comme curable; elle

se manifeste également par accès intermittents, séparés par de longs, très longs intervalles de santé. Fait curieux à noter : tous les accès successifs se ressemblent d'ordinaire; la maladie peut même se manifester à l'époque de la vieillesse avec les mêmes symptômes que dans les accès antérieurs.

3°) MÉLANCOLIE AVEC IDÉES DE PERSÉCUTION OU PERSÉCUTÉS MÉLANCOLIQUES.

Les persécutés mélancoliques (BALLET-SÉGLAS) présentent des délires associés ou combinés de persécution et de mélancolie; ils forment une variété clinique nettement déterminée et se distinguent des délirants persécutés proprement dits par des caractères spéciaux. Ils « accusent les autres, et se plaignent de leurs agissements et de leurs manœuvres comme il convient à des persécutés; mais ils s'accusent avant tout eux-mêmes; ils ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétexte de la persécution et qu'à eux reviennent les premiers torts; ce sont des victimes, mais coupables, et non, comme les persécutés ordinaires, des victimes innocentes » (G. BALLET).

Ces malades manifestent donc un délire mélancolique d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation, avec préoccupations hypocondriaques; des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale; des hallucinations psycho-motrices; le tout est associé à des idées délirantes de persécution, nettement systématisées.

Les persécutés mélancoliques sont souvent dangereux pour autrui, mais ils le sont surtout pour eux-mêmes. Chez eux, l'idée de suicide devient souvent obsédante, et ils arrivent facilement à l'acte.

L'existence du délire aggrave toujours le pronostic, celui-ci est plus favorable dans les cas où prédominent les idées mélancoliques que dans ceux où il y a une prédominance marquée des idées de persécution.

4°) MÉLANCOLIE AVEC STUPEUR ET MÉLANCOLIE CONFUSIONNELLE.

La stupeur mélancolique est le plus haut degré de la mélancolie (BAILLARGER); mais les malades qui en sont atteints n'ont que les apparences de la stupidité; il y a chez eux un délire tout intérieur dont ils peuvent rendre compte après leur guérison.

La physionomie du mélancolique stupide est caractéristique, elle dénote des préoccupations vives de nature douloureuse, pénible et même effrayante. Le malade reste immobile : souvent il se trouve dans l'attitude d'une personne qui cherche à échapper à un danger qu'elle voit devant elle : aussi les muscles sont tendus et légèrement contracturés en flexion. Parfois, les muscles n'ont pas cette rigidité et n'opposent aucun obstacle aux mouvements imprimés aux membres; mais il arrive dans ces cas que ceux-ci conservent pendant un certain temps les attitudes qu'on leur impose (état cataleptiforme). Le malade,

ainsi immobilisé, garde le plus complet mutisme; ou bien, il ne répond que par monosyllabes. Il arrive cependant que, de temps à autre, le mélancolique stupide dise quelques paroles, fasse des gestes; mais ce ne sont là que des épisodes passagers, car le malade retombe aussitôt dans le mutisme et l'immobilité. L'intelligence n'est pas abolie, sous cette apparence extérieure d'inertie des facultés existe une activité psychique certaine. Le délire intense, qui contribue à provoquer cet état de stupeur dont le malade peut très bien rendre compte après guérison, est de nature essentiellement triste, même terrifiant, entretenu et même provoqué par des hallucinations de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité générale. Le malade perd complètement conscience du temps et des lieux; il semble en quelque sorte hypnotisé par le tableau imaginaire qui se produit devant lui, par les visions effrayantes qui l'obsèdent. Puis, comme par une sorte de paralysie de la volonté, qui l'empêche de se soustraire aux maux imaginaires qu'il souffre, il est en quelque sorte cloué sur place, il est incapable de crier, d'appeler au secours, de se défendre.

Malgré cela il est pris d'impulsions subites à se détruire : alors il se précipite d'une fenêtre ou d'un endroit élevé; ou bien il se jette la tête la première contre un mur; ou saisissant un instrument quelconque à portée de sa main il s'en frappe avec rage.

C'est dans la mélancolie avec stupeur que s'obser-

vent à leur plus haut degré d'intensité les symptômes physiques ci-dessus décrits.

La mélancolie avec stupeur débute souvent brusquement après un choc moral violent, elle peut cesser brusquement. La guérison est fréquente, c'est là où le traitement vitamique et hormonal peut faire merveille.

Formes confusionnelles. — Des symptômes confusionnels parmi lesquels : des états oniriques ou oniroïdes, des hallucinations surtout visuelles, des délires polymorphes à prédominance d'idées de persécution, de la confusion des idées, de l'incohérence, de l'amnésie, des réactions panophobiques, parfois même tous les signes du délire aigu — viennent se surajouter et recouvrir les signes de mélancolie et poser les indications thérapeutiques spéciales.

5°) MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE ET SÉNILE.

On sait la fréquence de la mélancolie à la ménopause et à la présénilité. A l'époque de la vieillesse, il peut se développer, pour la première fois, une forme de mélancolie qui se rapproche beaucoup de la mélancolie anxieuse de l'adulte. L'agitation est violente. Les troubles délirants sont faits d'idées de ruine, de culpabilité, parfois aussi de damnation, de craintes pour l'avenir, etc... L'excitation érotique fait rarement défaut; elle est même souvent portée à son comble et se manifeste en paroles, gestes, actes, etc. Les impulsions violentes sont de règles : les malades

se portent à des voies de fait sur les personnes de l'entourage; les manifestations de suicide ne sont pas rares.

Beaucoup de ces mélancoliques séniles, par suite de leur agitation, du manque absolu de sommeil, d'une alimentation insuffisante et inappropriée, ne tardent pas à succomber dans le marasme et à mourir. Il en est d'autres chez lesquels l'agitation finit par s'apaiser, et il se poursuit un état chronique. La guérison survient parfois. Le pronostic de la mélancolie sénile n'est donc pas absolument défavorable. Pour le poser, il faudra tenir compte des antécédents et aussi de la santé générale, de l'état des viscères, de l'état cardio-vasculaire et des émonctoires.

Nous n'insisterons pas spécialement sur les Etats mélancoliques intriqués à des syndromes organiques ou fonctionnels du système nerveux ou à des affections diathésiques ou autres, car ils présentent les mêmes caractères généraux que ceux ci-dessus signalés, mais ils sont souvent quelque peu dégénérés quoique toujours aisément discernables.

CHAPITRE II

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

A) Eléments de physio-pathologie des états mélancoliques.

Depuis la plus haute antiquité on a été frappé du parallélisme et de l'intensité des troubles somatiques et psychiques au cours de l'évolution de la mélancolie.

Actuellement nous pouvons affirmer que le mécanisme physio-pathologique des états mélancoliques n'est pas univoque : il est différent pour chaque malade envisagé et c'est ce qui explique avec le polymorphisme clinique, la difficulté d'application d'une thérapeutique vraiment efficace; la thérapeutique devra donc être strictement appliquée à chaque cas.

Ce qui frappe dans tous les états mélancoliques, quel que soit leur intensité ou leur stade d'évolution, c'est le caractère prédominant des troubles de la trophicité générale marqué surtout par une diminution massive des sécrétions glandulaires :

— des glandes du tractus digestif : glandes salivaires entraînant une sécheresse des lèvres, de la langue, le revêtement saburral de la langue et la fétide

dité de l'haleine, — des glandes gastro-intestinales, dont l'hyposécrétion jointe à l'atonie de la musculature gastro-intestinale cause la constipation de règle.

— des glandes annexes : du foie et du pancréas dont l'importance au point de vue du chimisme digestif et des phénomènes de la nutrition n'est plus à démontrer.

— des glandes cutanées — sudoripares et sébacées : expliquant les déficiences des fonctions dévolues à la peau (fonction respiratoire, d'élimination, etc...).

— des glandes endocrines qui sont inhibées — mais souvent d'une façon élective, signalons en particulier les inhibitions ou les perturbations des systèmes hypophyso-génital, génito-surrénal et génito-thyroïdien.

Les conséquences de ces altérations fonctionnelles massives sont : d'une part, les troubles digestifs constants, l'inappétence, l'anorexie, la constipation et d'autre part, les troubles profonds de la nutrition et des échanges aboutissant très rapidement à l'amaigrissement par utilisation des lipides d'abord, des masses musculaires ensuite.

A côté de ces manifestations intéressant essentiellement la trophicité générale notons la fréquence extrême de l'adulteration des fonctions hépatiques : qui se traduisent le plus souvent par de l'hyperazotémie et de l'hyperazoturie, une excrétion anormalement élevée d'histidine, une élévation anormale du cholestérol sanguin, de l'acétonurie, un taux élevé de

bilirubine sanguine associée à de l'urobilinurie, une épreuve de glycosurie provoquée presque constamment positive, ces troubles des fonctions glycolytiques, signant les perturbations d'une des fonctions les plus importantes du foie se retrouvent chez la plupart des descendants des mélancoliques, même si ceux-ci ne présentent pas de troubles mentaux, ce fait est à rapprocher de la relative fréquence de la cholémie familiale chez les mélancoliques (GILBERT et LEREBoullet).

La plupart des fonctions internes du foie (protéolytique, glycopexique, antitoxique et chromogène) et parfois, quoique plus rarement, les fonctions externes de cet organe sont toujours perturbées au cours des états mélancoliques, elles le sont du reste également dans un grand nombre d'autres syndromes mentaux (schizophrénie, délires chroniques, délires en bouffée des dégénérés) comme l'a montré P. CHATAGNON.

Les symptômes de déficience rénale occupent la deuxième place dans les syndromes mélancoliques : le plus ordinairement il ne s'agit pas de manifestation de néphrite à grand fracas avec son cortège symptomatique au complet, mais bien plutôt d'albuminurie, de modification de la constante d'Ambard, des perturbations des éliminations colorées (association Foie-Rein) qui restent discrètes. Il a été signalé également une rétention chlorée sèche avec acidose (MARTIMOR ET BREZINSKI) traduisant la participation rénale au mécanisme des échanges ioniques. Ces derniers faits méritent une reprise rigoureuse de ces ex-

périmentations. Comme L. BALLIF et GHERSCOVICI, comme C. POLI, nous avons le plus souvent trouvé un pH et des rapports chlorés dans les limites physiologiques (P. et C. CHATAGNON) mais le nombre de nos résultats a besoin d'être étendu.

Pour M. LAIGNEL-LAVATISNE et CORNELIUS les altérations de la chlorémie et de l'équilibre acido-basique ne seraient que l'expression d'une perturbation neuro-végétative; la persistance de ces deux troubles créerait un état de réceptivité spéciale, une véritable épine irritative physico-chimique ou un status minoris resistantiae humoral, qui sous diverses influences (chocs moraux ou affectifs) serait suffisant pour déclencher la crise mélancolique.

Les troubles circulatoires et de la crase sanguine arrivent en troisième position; ils se traduisent avant tout par de l'hypotension et de l'éréthisme cardiovasculaire au cours des phases anxieuses. Les chiffres trouvés oscillent entre 11 et 14 et plus souvent entre 10 et 11 pour la maxima et 8 ou 9 et même 5 et 6 pour la minima, généralement la différentielle est très minime 1,5 à 3 et l'indice oscillométrique très faible. La tension veineuse est normale ou très légèrement au-dessus de la normale. Nos chiffres correspondent à ceux rapportés par R. TARGOWLA et A. LAMACHE. Nous n'avons pas retrouvé d'une façon constante : l'anémie de 50 à 70 %, la diminution de la résistance globulaire, la diminution du degré de coagulabilité sanguine signalées comme stigmates presque constant de la mélancolie (il est vrai que

nos investigations ne s'adressaient pas à des malades cachectiques et dont le syndrome mental fut de très longue durée.

Le Dr P. CHATAGNON insiste depuis de longues années sur l'intérêt capital qu'il y aurait à étudier avec toute la rigueur scientifique désirable les phénomènes qui unissent les problèmes des échanges cellulaires, échanges particuliers à chaque malade, aux fonctions cérébrales; il a déjà montré tout ce que la psychiatrie pourrait retirer d'une analyse minutieuse des perturbations nutritives du tissu nerveux.

Pour le problème de la mélancolie, nous pensons avec lui que l'action glandulaire endocrinienne joue un rôle capital en étroite association avec les perturbations des métabolismes généraux et nerveux. Le syndrome mélancolique éclorait en règle sur un terrain d'insuffisance génito-surrénale ou mieux hypophyso-génito-surrénale. Il ne convient pas en effet d'isoler tel trouble somatique et d'en faire la cause ou l'effet du trouble mental. Symptôme de perturbation endocrinienne et expression psychique du mélancolique sont la traduction de la synthèse pathologique que constitue le syndrome.

La fréquence des états de dysendocrinie au cours des états mélancoliques est grande, sans doute ne pouvons-nous en administrer une preuve expérimentale péremptoire, il n'en est pas moins vrai que nous rencontrons à un rythme particulièrement intense les crises mélancoliques aux différentes phases critiques du molimen menstruel (puberté post-partum ou post-abortion-ménopause).

La description de la maladie de SIMMONDS associée à un syndrome mélancolique a attiré l'attention sur le rôle de la pituitaire non seulement dans le déterminisme de la cachexie hypophysaire mais aussi de la dépression mélancolique. Les recherches expérimentales de X. et P. ABELY ont tenté de démontrer scientifiquement le bien fondé de cette hypothèse tout comme le fait H. BARUK dans ses études sur les psychoses folliculiniques.

Nous considérons pour notre part que les hormones hypophysaires et sexuelles ne jouent pas seules, elles actionnent certaines des fonctions de la surrénale (f. adrénalinique — f. de la corticale) et par ce chaînon elles ont prise sur l'équilibre circulatoire et la crase sanguine d'une part, sur le tonus musculaire, et aussi sur l'équilibre vago-sympathique. Rappelons que Mlle BADONNEL, dans ses publications sur la mélancolie, rattache l'hypotension des mélancoliques à un trouble fonctionnel surrénalien, malgré l'absence de preuves histo-pathologiques précises. Soulignons en outre qu'il n'est pas exceptionnel de retrouver dans la descendance de mélancoliques, comme l'ont vu P. CHATAGNON et Mlle C. CHATAGNON, des états d'insuffisance surrénale inapparente, de débilité surrénale latente, et ces faits ont une grande importance pour la précision du problème pathogénique.

Les formules des perturbations endocriniennes de la mélancolie sont variables évidemment avec chaque malade, mais leur existence si fréquente a incité à la recherche du métabolisme basal.

La plupart des auteurs s'accordent à trouver le métabolisme de base diminué, sauf dans la mélancolie anxieuse où il est difficile de le rechercher (LAUGIER).

L'étude des métabolismes des oses mériterait d'être reprise sur des bases étendues et rigoureuses et sans idées a priori. Quant aux lipides TARGOWLA et Mlle BADDONNEL ont noté l'augmentation du cholestérol sanguin, ce qui est exact. Il y a fréquemment aussi augmentation du taux des acides gras.

A l'aide du test de la boule d'œdème d'ALDRICH et Mc. CLURE, il est loisible de remarquer que le métabolisme de l'eau est remarquablement ralenti dans la mélancolie, les chiffres du ralentissement seront variables avec le stade d'évolution du syndrome mental.

Toutes ces modifications dans l'activité des divers métabolismes et le jeu des endocrines s'accompagnent ordinairement de troubles profonds des fonctions du système nerveux végétatif. Des travaux très nombreux et du plus grand intérêt ont été faits sur ce sujet, il en ressort que les mélancoliques présentent tous ou presque tous un tonus vagal et sympathique très bas à prédominance parasympathique. L'exploration du système nerveux végétatif est particulièrement délicate lors de certaines phases anxieuses de la mélancolie, c'est peut être ce qui explique la variabilité extrême des résultats consignés par les divers auteurs; si l'on ajoute à cela la diversité de réaction nerveuse selon les phases d'évolu-

tion d'un même syndrome mélancolique nous comprendrons que D. SANTENOISE qui a porté une énorme contribution à ces études puisse écrire : « malgré le grand nombre de travaux qui ont été consacrés à ce sujet, il apparaît que les données cliniques et physiologiques que nous possédons aujourd'hui sur l'organisation et le fonctionnement du système nerveux végétatif, ainsi que sur les méthodes d'exploration et leur interprétation, ne permettent pas encore d'assigner aux états mentaux une formule de troubles neuro-végétatifs et suffisamment définie et complète pour être caractéristique ». Il n'en est pas moins vrai cependant que D. SANTENOISE a obtenu avec l'emploi de la vagotonie hormone spéciale et différente de l'insuline, retirée de l'endopancréas, une action thérapeutique des plus nettes chez certains mélancoliques anxieux, les plus difficiles à traiter; l'amélioration était marquée par une atténuation des troubles du système neuro-végétatif et par une amélioration concomitante du syndrome mental (HAMEL et EDERT). D. SANTENOISE est revenu dans de récentes communications sur ses indications d'action de la vagotonine.

Nous ne saurions trop dire qu'il n'y a pas de rapports obligés entre l'intensité des troubles mentaux et celle des perturbations humorales et métaboliques la modalité d'apparition des troubles est du reste capricieuse, mais ceux-ci forment un faisceau morbide à teinte strictement individuelle sans préjuger des éléments de commande, nous considérons le faisceau morbide mental et endocrino-végétatif et méta-

bolique comme un tout et c'est sur ce tout que devra porter la thérapeutique.

Les modifications profondes de la trophicité générale, c'est-à-dire des instincts de nutrition sont en intime connexion avec les dérèglements du système nerveux végétatif : c'est leur redressement qui s'impose et en vue duquel toutes les ressources de l'art de guérir doivent être mises en œuvre.

B) Indications générales du traitement des états mélancoliques.

Il implique deux sortes d'indications : les unes générales s'appliquent à toutes les formes de la mélancolie; les autres spéciales, relatives aux formes particulières de ces syndromes mentaux.

a) L'ISOLEMENT.

En présence d'un état mélancolique confirmé la première question qui se pose est celle de l'isolement. Convient-il en effet de laisser le malade dans le milieu familial et de l'y traiter ou bien au contraire est-il préférable de l'enlever à son milieu ordinaire et de le placer en maison de santé ou à l'hôpital psychiatrique.

On peut discuter sur des cas d'espèces, mais il est hors de doute qu'en règle c'est l'isolement qui s'impose, lequel soustrait le malade comme le dit ESQUIROL « à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux

qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs; en l'entourant d'étrangers; en changeant toute sa manière de vivre ».

Cet isolement peut donc s'effectuer dans les familles aisées soit en laissant le malade dans une partie de son habitation dont on éloigne la famille, les amis, les serviteurs habituels — soit mieux encore en installant le malade seul, dans une autre maison au calme et à la campagne et en l'entourant de personnes qu'il ne connaît pas.

En réalité le meilleur mode d'isolement comme le disait ESQUIROL est celui « auquel on a recours le plus généralement, parce qu'il est plus à portée de toutes les fortunes, parce que les moyens de traitement sont réunis, et qui consiste à placer le malade dans une maison consacrée au traitement des maladies mentales ».

L'enlèvement du mélancolique à son milieu habituel a pour effet : 1^o) de le séparer du milieu qui lui rappelle sans cesse les causes de son délire et où ses préoccupations morbides ont pris naissance, et 2^o) de le placer sous une surveillance rigoureuse : indispensable en raison des préoccupations tristes, des angoisses, des craintes continues, de l'idée obsédante du suicide, et de la sitiophobie qui le rendent dangereux pour lui-même.

La rigueur d'une telle détermination peut appeler quelques objections auxquelles ESQUIROL a répondu de la façon suivante :

« Quelquefois l'aliéné qui est isolé est saisi de

crainte, se voyant dans un lieu inconnu, entouré d'étrangers. Si elle ne va pas jusqu'à la terreur, cette crainte produit des effets prompts et salutaires; elle agit à la manière des substances sédatives, elle modère l'excitation nerveuse, elle calme et dispose le malade à mieux sentir les influences nouvelles auxquelles il est soumis, elle le rend plus accessible aux conseils; quelquefois, et particulièrement dans la lypémanie (mélancolie avec délire), les malades soupçonneux, défiants, se croient délaissés par leurs parents et par leurs amis; ils se persuadent qu'on les a voués à de mauvais traitements, à des supplices, à des épreuves, à des expériences, à la mort. Les soins, les égards, les prévenances, l'assurance d'un avenir heureux, la promesse de recouvrer la liberté, font passer le malade du désespoir à l'espérance et à la confiance. Le contraste entre l'abandon présumé, l'appréhension d'un sort prochainement funeste et l'empressement affectueux de gens inconnus, provoque une lutte intérieure d'où la raison sort victorieuse ».

Donc, en dehors de quelques cas, assez rares, l'isolement dans une formation hospitalière appropriée s'impose. Cet isolement s'impose même au prime début des troubles, les chances de curabilité diminuent en effet au fur et à mesure qu'on s'éloigne du début des manifestations morbides, les altérations organiques étant de plus en plus accentuées et pouvant se grever de complications redoutables.

Mais s'il est aisé de réaliser au mieux des intérêts

du malade l'isolement en Maison de Santé, il n'en est pas de même dans les hôpitaux où l'affluence intempestive de malades de toutes catégories rend difficile l'hospitalisation du mélancolique dans une salle calme et dans une atmosphère de rassérénement. La mélancolie nécessite des soins de tous les instants et qui varieront tout au cours des différentes phases de l'évolution du syndrome. Il serait donc souhaitable, tant du point de vue de l'intérêt du malade lui-même que du point de vue social que des formations hospitalières spéciales leur soient affectées : au grand repos et au grand calme d'une campagne aérée et bien isolée où ils auraient toute commodité pour puiser au sein de la nature paisible les forces vives qui les ont momentanément abandonné et où ils pourraient doucement reprendre contact avec la vie par une activité utile et modérée — et où enfin ils n'auraient nulle appréhension à revenir si par malheur une rechute se produisait.

L'isolement du mélancolique doit-il être absolu ? Le malade doit-il être séparé du monde et de sa famille, et de ses amis ? et privé de leur correspondance ? Ce serait là une rigueur inutile et peu profitable. En effet, en voyant tous ceux auxquels il est lié d'affection, en correspondant par lettres, il ne se sent pas abandonné de ceux qu'il aime et il ne peut ajouter à ses préoccupations tristes, à ses conceptions délirantes ; on lui laissera même l'usage s'il le désire de la T. S. F., il sera ainsi en contact direct avec le reste du monde, dans la mesure seulement où la

fatigue ne sera pas ressentie. Il y a certes quelques cas — que l'on devra étudier avec soin — où l'isolement absolu s'impose et où la présence de visiteurs aggrave l'état mental en accroissant l'anxiété et l'agitation, mais il s'agit là d'exceptions.

Quelle devra être la durée de l'isolement ? Celle-ci sera variable avec chaque cas. D'une façon générale il est difficile de répondre avec rigueur à la question de savoir si le mélancolique doit être isolé à l'hôpital jusqu'à complète guérison, ou s'il bénéficierait d'une sortie dès les premiers moments de son amélioration. Ce sont évidemment cas d'espèces et à la solution desquels joueront à la fois le fonds psychologique et moral du sujet, ainsi que le milieu social et moral où il se trouvera à sa sortie.

Avec A. RITTI, on peut dire que dans les cas de mélancolie avec idées obsédantes de suicide, on ne saurait assez prolonger la durée de l'isolement qui permet la surveillance constante et continue des malades. Que de mélancoliques, en effet, dissimulent leur délire pour obtenir la liberté dont ils abusent ensuite pour se tuer ou même pour se livrer à des actes dangereux pour la sécurité d'autrui. Par contre, il n'est pas rare d'observer des mélancoliques — même délirantes — qui, après correction partielle de leurs troubles sortent non totalement guéries sur sollicitation pressante de leur famille et recouvrent dans le milieu familial, avec une étonnante rapidité, un équilibre complet : le remplacement dans le milieu familial a donc dans quelques occasions un effet des

plus favorables. Il n'en est pas moins vrai cependant que certaines mélancoliques sorties prématurément sont ramenées au bout de quelques jours, ou de quelques semaines, après avoir excédé leur famille par leurs exigences délirantes, leurs actes désordonnés ou dangereux, leur comportement morbide. Il importe donc de fouiller avec soin chaque cas particulier et d'envisager non seulement la psychopathologie du malade, mais d'apprécier les caractères du milieu dans lequel le malade va être replacé.

Cette question de la transplantation a une importance majeure même pour le mélancolique convalescent ou guéri. Le mélancolique guéri ou seulement en convalescence — qu'il soit riche ou pauvre — a besoin de retrouver au dehors un milieu de totale et chaude sympathie, il lui faut une atmosphère morale qui le soutienne, l'empêche de trébucher ou de glisser à nouveau dans son délire, en éloignant de lui toute cause de défaillance et de rechute. Cela est assurément facile pour le malade aisé que pour l'indigent. La famille du premier trouvera et s'ingéniera à trouver les moyens pour éloigner de lui toutes les difficultés de la vie, pour lui procurer toutes les distractions si favorable à ce stade d'évolution de son affection (voyages, distractions multiples, etc.) il n'en est pas de même pour le malade indigent qui ne retrouve souvent au dehors qu'indifférence hostile, incompréhension narquoise aggravée de privations et de misères physiques.

L'assistance sociale du mélancolique indigent est à

cette heure pratiquement inexistante : elle serait en réalité une œuvre extrêmement utile et profondément charitable. Quelque mécène ne dédaignera pas un jour attacher son nom à une entraide on ne peut plus belle et plus humaine.

Le mélancolique est ordinairement un excellent travailleur, consciencieux et probe, mais doux et timide qu'effraie la moindre démarche, qui répugne à quémander et que rebute la difficulté; d'autre part sont activité est souvent diminuée, il en a conscience et cela le rend plus hésitant et plus timide encore.

Parfois il lui est difficile de trouver un emploi et en a-t-il obtenu un que souvent son attitude, ses hésitations et ses scrupules le font mal juger, il est incompris, rudoyé et replongé par cela même dans le plus atroce dilemne : et c'est la rechute.

Au mélancolique convient une besogne adaptée à sa simplicité de production, c'est un sujet fragile et tout aussi fragile au physique qu'au moral qu'un réconfort affectueux remet en charge.

Ce réconfort l'indigent le trouvera vers le havre hospitalier qui sera sa famille et où il saura toujours retrouver le cordial accueil qui le guérira à demi. C'est ainsi que l'on pourrait très utilement envisager l'affectation de services spéciaux pour déprimés mélancoliques attendant à des services de consultation ou des services ouverts des Hôpitaux Psychiâtriques. De cette façon pourrait être voilé le stigmate de l'internement qui aggrave tant l'état de certains mélancoliques.

De plus, servant de trait d'union entre le centre hospitalier et l'activité sociale du malade guéri : le service de patronage qui porterait avec la bonne parole le stimulant du soutien éclairé et une substitution à l'affection familiale. Une idée philanthropique de cet ordre avait été mise à exécution en 1841 par FALRET père, elle fut continuée par Jules FALRET pour les malades indigents sortant de la Salpêtrière. Cette société avait pour but, d'après ses statuts « de prémunir, autant que possible, les aliénés guéris contre la misère et ses funestes conséquences, de leur donner des conseils, de les aider dans la recherche d'une occupation convenable, d'éclairer les personnes qui les entourent sur la conduite à tenir à leur égard, de prévenir les rechutes par l'éloignement des causes, et, dès l'apparition des premiers signes par l'emploi des moyens physiques et moraux ».

Tout un programme, magistralement résumé en ces quelques lignes, fut réalisé il y a déjà un siècle par un homme de science et un homme de cœur. De semblables sociétés devraient être organisées dans chaque grande formation hospitalière.

Que de rechutes éviterait-on, que d'actes de désespoir aussi, de la part de malheureux mélancoliques livrés à eux-mêmes lorsqu'ils sont guéris et affrontant avec leurs seules propres forces les difficultés croissantes d'une vie chaque jour plus dure.

b) L'ALIMENTATION DU MÉLANCOLIQUE.

L'alimentation du mélancolique est d'importance

capitale. Nous ne saurions assez insister sur le fait que toute médication ne doit tendre qu'à stimuler l'alimentation, qu'à redonner de l'appétit, à rétablir les fonctions digestives du malade. Les mélancoliques abandonnés à soi-même prennent fort peu d'aliments, parfois même n'absorbent plus rien. Il en résulte un état d'épuisement et d'inanition propice au développement de la tuberculose.

La ration alimentaire ne doit pas être seulement une ration d'entretien mais un apport supplémentaire, de régénération. Elle sera constituée d'une façon différente selon le stade d'évolution de la mélancolie, mais toujours d'aliments légers, non excitants et contenant en outre une certaine quantité de ballast cellulosique. Il faut exciter le malade à manger et ne rien lui refuser s'il marque quelque caprice; on ne devra laisser passer aucun repas sans l'obliger à prendre quelque nourriture. Les aliments seront bien préparés et bien présentés.

Dans les cas de sitiophobie, on recherchera la cause du refus d'alimentation; celui-ci peut-être déterminé par des raisons psychiques, telles qu'idées de suicide, craintes d'empoisonnement, hallucinations impératives, idées religieuses de mortification — ou pour des raisons liées à des perversions de la cénesthésie : telles qu'anesthésie de la sensation de la faim, ou par des illusions de l'odorat et du goût liées à l'état saburral des voies digestives (sensations d'amertume dans la bouche, enduits muqueux ou bilieux de la langue, etc.). Dans ces derniers cas le

traitement local par de grands bains de bouche ou des irrigations, ainsi que l'administration d'un purgatif salin, balaieront les mucosités et stimuleront l'excrétion antiseptique biliaire. Dans les autres cas l'analyse psychologique de la cause ne nous fournit pas nécessairement le remède : mais de toutes façons s'impose la nécessité impérieuse d'obliger le malade à s'alimenter.

Faut-il avoir recours immédiatement à l'alimentation forcée ?

Nous pensons qu'il est préférable de n'y avoir recours qu'après avoir usé de tous les moyens moraux habituels : autorité, intimidation, prières, et après avoir usé de tous les subterfuges ; et notamment en laissant constamment les aliments à la portée du malade qui finit par se laisser tenter.

Tous ces moyens — suivant le degré d'évolution de la maladie peuvent avoir leur efficacité ; mais s'ils ne réussissent pas, il ne faut pas temporiser plus longtemps, même si l'état général est satisfaisant et à plus forte raison lorsqu'on est en présence de débilités et d'amaigris. Ne pas tergiverser, agir, afin de ne pas aggraver leur état physique et par suite leur état mental, en recourant sans retard à l'alimentation forcée.

Alimentation artificielle. — Elle consiste à introduire artificiellement, au moyen d'une sonde, les substances nutritives dans les voies digestives.

Nous ne décrirons pas l'instrumentation, ni la technique de l'alimentation artificielle. Dans le service

du D^r P. CHATAGNON à Maison-Blanche nous utilisons une instrumentation très simple à l'aide d'un bock avec tube de caoutchouc et index et sonde œsophagienne à œil latéral. Après toilette et antisepsie des mains et lubrification de la sonde œsophagienne à la vaseline stérilisée, nous cathéterisons les fosses nasales avec fermeté et douceur. Les liquides alimentaires ainsi introduits une ou deux fois par jour — suivant l'état du malade — sont constitués par du lait complet sucré et salé auquel on incorpore des jaunes d'œufs frais — alternant avec l'emploi de bouillons de viande ou de jus de viande frais.

Dès que la phase d'opposition à l'alimentation est vaincue — et elle l'est le plus souvent très rapidement, aussitôt que l'excitation des réflexes glandulaires digestifs a été pratiquée par l'alimentation artificielle — l'alimentation présentée au malade ne sera plus seulement liquidienne, elle devra en effet stimuler par le jeu actif de la mastication toutes les glandes salivaires et œsophagiennes de l'économie, en même temps que par leur sapidité les aliments réveilleront au niveau du psychisme le goût de vivre.

Ce régime alimentaire, quel devra-t-il être ? Après la phase de sitiophobie vaincue par l'alimentation artificielle généralement en quelques séances, pour les cas les plus communs, il est nécessaire, avons-nous dit, de reprendre le plus rapidement possible des aliments semi-solides, puis solides. On ajoute très tôt des fromages à la crème genre petit suisse sucrés, du beurre frais sans margarine, des viandes et du

poisson frais simplement préparés, des fromages frais ou cuits, des fruits crus ou cuits, du miel; et toujours une certaine quantité de ballast sous forme de cellulose : potages aux légumes verts, salades crues ou cuites, légumes verts, carottes, etc.; on proscriit seulement les aliments fermentés, conservés ou fumés (charcuteries, gibier avancé, fromages forts) les aromates, les épices, les alcools, les liqueurs, les vins de haut degré alcoolique.

Les cures hydro-minérales (Vichy, Vals, Châtel-Guyon, et Vittel) pourront être très heureusement associées selon les cas.

Les stations d'altitude seront souvent indiquées.

Le régime alimentaire du mélancolique devra être très surveillé au cours de la convalescence et même lors de la guérison : c'est lui en effet qui constitue l'apport énergétique indispensable à l'harmonieuse nutrition des éléments du système nerveux, et nous avons assez souligné l'intrication des troubles somatiques et psychiques de la mélancolie pour comprendre qu'ils avaient partie liée dans la pathogénie des manifestations morbides. Quelle que soit l'interprétation que nous donnions au déterminisme essentiel du syndrome mélancolique : soit précession des troubles psychiques purs, soit précession des perturbations somatiques, soit intrication psycho-somatique, les directives générales de la diététique seront impérieuses et seront toujours orientées dans la voie que nous avons ci-dessus ébauchée. Ces directives générales tiennent compte en effet : d'une part de l'action

physiologique et en cascade pourrait-on dire des sécrétions des glandes digestives : l'activité et la puissance d'action de l'une retentissant sur celle immédiatement sous-jacente de la chaîne digestive. L'invigoration générale de ces système glandulaires ayant pour effet d'établir une nutrition générale, y compris celle du système nerveux, normale.

Ce que nous savons de la physiopathologie générale de la mélancolie nous a incité à considérer tout mélancolique comme un déficient poly-glandulaire et en particulier du Foie. C'est pourquoi le régime diététique que nous préconisons, parce qu'il nous a toujours donné d'excellents résultats, pourrait tout aussi bien être celui des sujets à fonctions hépatiques déficientes. Très souvent devons-nous ajouter, le rein est également touché : on devra en tenir compte dans l'établissement du régime alimentaire et surtout du traitement médicamenteux.

c) LE TRAITEMENT PROPREMENT DIT.

Le mélancolique, isolé en Maison de santé ou à l'Hôpital psychiatrique sera soumis à un traitement dont il est quelquefois délicat de poser les directives précises.

Nul syndrome psychopathique ne s'accompagne de troubles somatiques plus marqués; cette notion essentielle conditionne les principes directeurs suivants du traitement.

Le traitement aura pour but :

- I. De lutter contre la dépression : Traitement psychothérapique.
- II. De combattre l'insomnie et les déficiences des diverses fonctions organiques.
- III. De faire disparaître les troubles de la trophicité générale, c'est-à-dire de restaurer l'état général, de relever la nutrition, de revigorer les fonctions assoupies ou inhibées.

1°) LE TRAITEMENT PSYCHOTÉRAPIQUE.

Il sera intimement intriqué au traitement général de la mélancolie mais variera quelque peu suivant le stade d'évolution du syndrome. L'isolement dont nous avons plus haut longuement discuté des indications et des mérites est de la plus grande importance, il permettra d'imposer le repos. Le repos sera un repos physique essentiel mais aussi il aura pour objet de séparer le malade de tous les foyers d'excitation de sa sphère sensible, d'étouffer progressivement l'impétuosité ou le déroulement obsédant de ses idées délirantes, d'anesthésier sa sphère intellectuelle par l'infini du silence. Le repos sera selon les cas, absolu ou relatif. Absolu, c'est-à-dire par l'alitement, lorsque l'état général sera très altéré, ou bien lorsque l'excitation anxieuse ou tout autre symptôme mental sera à son acmé, relatif lorsque l'état physique sera satisfaisant et poussera le malade à une petite activité. Ce repos se prendra en atmosphère salubre, tonifiante quand cela sera possible, utilisant la cure d'al-

titude ou l'air salubre des forêts de pins par exemple, ou seulement le séjour au milieu d'une paisible campagne. Le calme du lieu supprimera tout bruit, les microtraumatismes que constituent les bruits de la vie moderne des villes aggravent toujours les troubles des mélancoliques, comme de beaucoup d'autres psychopathies. Il faudra éviter également les conversations trop longues et même le bruit des conversations du voisinage. On sera ainsi amené parfois à éviter toute excitation extérieure, toute intervention des parents ou des amis, ce sont là évidemment cas d'espèces : au médecin seul appartient de juger le moment où il sera possible d'autoriser les visites; il est indispensable de contrôler avec soin les résultats de ces premières entrevues, et si elles sont défavorables d'imposer une nouvelle période d'isolement. Ainsi isolé le mélancolique va se trouver en contact seulement avec son médecin et ses infirmières. L'attitude des personnes de l'entourage du malade ne doit pas être quelconque, il dépendra d'elle une évolution écourtée de la maladie.

L'attitude du médecin et son action psychothérapique variera avec les différentes phases de l'affection : Au début ou à la période d'état le comportement médical sera celui du conseiller compatissant mais d'une fermeté d'attitude et d'une bonté jamais en défaut, il s'agit en effet d'entourer le malade de sollicitude, de lui témoigner un intérêt plein de dévouement, de toucher sa sensibilité et de gagner sa confiance. Dès lors la bataille sera gagnée avec quel-

que persévérance. Comme le rapporte RITTI : tant que la maladie sera à l'état aigu, les discussions avec le malade sur ses convictions délirantes seront oiseuses, les critiques et même les exhortations pourront aller à l'encontre du but à atteindre. Dans cette première période de l'affection « on doit seulement, comme l'a dit SCHÜLE, s'intéresser d'une façon sincère et tranquille au sort de son malade; cette attitude lui rend la confiance; elle lui montre que le médecin comprend sa douleur et, par des actes plus que par des paroles, lui inspire la confiance et l'espoir. On ne discute pas les idées délirantes, on ne cherche pas à les réfuter, on les accepte, mais sans dissimuler qu'elles sont en contradiction avec la réalité, et devant les essais de démonstration du malade, on doit rester ferme et confiant. Acquérir la confiance du malade, c'est le grand point ».

A cette phase d'encerclement stratégique du psychisme du malade pourra dès lors faire suite une période de thérapeutique psychologique des plus efficaces durant toute la durée de la restauration, de la récupération qui constitue la convalescence du mélancolique.

2°) CRITIQUE DES MÉDICATIONS CLASSIQUES DE L'INSOMNIE DES MÉLANCOLIQUES.

Parmi les symptômes les plus tenaces et les plus pénibles de la mélancolie sous toutes ses formes, soulignons : l'insomnie. Comme le dit A. RITTI : « Pour

le combattre, on emploie souvent et successivement toute la série des médicaments hypnotiques sans résultat notable, ou même bien satisfaisant..., le plus ordinairement, il faut recourir aux moyens pharmaceutiques dont les plus efficaces sont le chloral, à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50; la paraldéhyde depuis 3 grammes au début jusqu'à 5 et même 6 grammes; le sulfonal de 1 à 2 grammes. Ces médicaments devront être donnés le soir à 9 heures par exemple, dans une tasse de lait sucré; les malades seront moins disposés à les refuser dans ce véhicule que s'ils leur étaient donnés sous forme de potion. Dans les cas d'alimentation forcée, on les administrera aux malades, par la sonde, en même temps que le dernier repas de la journée.

Dans l'énumération ci-dessus des médicaments hypnotiques, il n'est pas fait mention des opiacés; ils méritent en effet une étude spéciale l'opium étant, selon l'expression de SCHÜLE : « le roi des médicaments chez les mélancoliques ». Et le même auteur ajoute : « Le but du traitement est toujours de calmer l'organe cérébral. Pour amoindrir l'oppression morale ou la faire disparaître, pour régulariser la marche des pensées et diminuer l'influence de l'idée délirante sur les autres idées, de façon que la perception reprenne son jeu normal (réveil de l'attention), ce traitement doit être continué; l'on arrive ainsi à la guérison. Le repos du nerf par l'opium est comme l'immobilité d'un membre dans un appareil. Le secret de la thérapeutique par l'opium est dans l'emploi méthodique de ce médicament ».

Ce médicament peut s'administrer, sous l'une quelconque de ses formes de deux manières différentes : à doses modérées et fractionnées ou à doses progressivement élevées.

A doses modérées et fractionnées, l'opium semble indiqué surtout dans les variétés torpides de la mélancolie, chez les malades débilités, à circulation générale ralentie, à activité cérébrale endormie. Si l'on administre à de tels malades de l'extrait thébaïque, par exemple, de 8 à 12 centigrammes par jour, dans une potion à prendre en six fois, à deux heures d'intervalle, on arrive à ramener le sommeil, à tonifier le système nerveux, tout en diminuant l'extrême sensibilité. Bien plus, on voit la circulation générale, celle surtout du cerveau, se ranimer, et comme conséquence plus d'activité et de lucidité dans les conceptions, plus d'animation dans les actes (ENGELKEN, GUISLAIN, MARCÉ).

Dans la majorité des cas, on a recours aux doses progressivement élevées, et cela soit à l'intérieur, soit sous forme d'injections sous-cutanées. A l'intérieur, on administre l'extrait d'opium ou le laudanum. Le premier de ces deux médicaments devra se prendre d'abord à la dose de 5 centigrammes; puis progressivement on monte à 8, à 10 centigrammes, à 15, même à 20 centigrammes. A cette dose, on obtient généralement un effet calmant et, selon le mot de KRAFFT-EBING, « psychiquement anesthésiant ». Parfois, selon la remarque de certains auteurs, pour obtenir un résultat favorable, il faut augmenter la dose

jusqu'à 50 centigrammes; mais ce ne sera que dans des cas rares qu'il y aura lieu d'employer des doses aussi fortes.

L'extrait d'opium devra être donné, non en pilules que le malade n'avalerait peut-être pas, mais dans un véhicule liquide, et les doses administrées en deux fois, le matin et le soir.

Lorsqu'on sera arrivé à la dose maxima, il ne faudra pas cesser brusquement l'usage de l'opium, mais diminuer la dose progressivement.

Quant au laudanum, il faudra de même, dans son emploi, élever les doses progressivement et les diminuer de même. On commence par V gouttes, on peut arriver ainsi à C et même CC gouttes, sans qu'il y ait d'accidents à redouter. BELLE et LEMOINE n'ont pas eu l'occasion de dépasser CC gouttes par jour, l'amélioration étant toujours survenue avant qu'ils eussent atteint cette dose; mais ils affirment qu'ils n'hésiteraient nullement à atteindre un chiffre plus élevé s'il était nécessaire.

Même à ces doses élevées, le laudanum ne saurait provoquer d'accident, tout au plus peut-il amener quelques malaises stomacaux sans importance. Quant à la constipation, elle ne se produit jamais si l'on a la précaution de faire prendre au malade tous les jours ou tous les deux jours un laxatif..

Le laudanum, quelle que soit sa quantité, sera incorporé dans une potion qui devra être prise en deux fois, le matin et le soir.

Pour la méthode hypodermique, on emploie le chlo-

hydrate de morphine (Aug. VOISIN, SCHÜLE). Les avantages de cette méthode sont considérables à divers points de vue, surtout lorsqu'il faut agir vite et lorsque le malade refuse énergiquement de prendre le médicament par la voie buccale. On se servira encore de cette méthode, de préférence à toute autre, dans les cas où il existe des douleurs périphériques dans les accès paroxystiques d'anxiété et d'angoisse.

Comme pour l'opium et le laudanum, administrés à l'intérieur, les doses de morphine injectées devront être progressives. On commencera par 0 gr. 01, afin d'étudier la tolérance et la susceptibilité du malade; puis on augmentera progressivement en observant bien entendu l'action du médicament, jusqu'à 6, 10, 12 centigrammes et même davantage. On maintient la dose élevée, pendant quelques temps, jusqu'à ce qu'on ait obtenu le calme désiré; puis on diminue progressivement les doses.

Les doses maxima à injecter dans les vingt-quatre heures varient selon les auteurs. SCHÜLE assure qu'il est rarement nécessaire d'arriver à la dose de 20 centigrammes; CULLERRE affirme qu'il est inutile de pousser les doses au delà de 40 à 50 centigrammes par jour et d'atteindre la limite toxique pour obtenir tous les effets dont ce médicament est susceptible. Aug. VOISIN, qui a fait de cette méthode de traitement une étude spéciale, enseigne que les doses maxima doivent varier selon les formes de mélancolie. « La lypémanie avec hallucinations et stupeur des jeunes filles, guérit le plus ordinairement avec la

dose de 9 à 10 centigrammes par jour; la lypémanie simple avec 3 à 5 centigrammes. La lypémanie avec gémissements demande de hautes doses (de 50 à 70 centigrammes) par jour ».

En ce qui concerne les doses maxima, il est impossible de poser une règle générale; elles varient en effet, suivant les individus et, aussi, suivant la forme de leur délire. Il importe donc d'agir avec précaution et en tenant compte des indications fournies et par la susceptibilité de chaque malade et par les symptômes morbides qu'il manifeste. Il est certain que les deux variétés extrêmes de la mélancolie, la simple dépression mélancolique et la mélancolie anxieuse avec agitation constante, semblent s'améliorer et même guérir le mieux sous l'influence de traitement morphinique : la première à l'aide de doses minima du médicament, la seconde par l'emploi de doses élevées.

Il est évident que si l'état mélancolique était accompagné d'une lésion cérébrale quelconque, s'il était l'expression symptomatique d'une folie épileptique ou d'une forme quelconque de la paralysie générale, le traitement morphinique serait absolument contre-indiqué.

Il en est de même dans les cas où il existerait de l'athérome artériel. Les effets des injections de morphine sur les mélancoliques, ne sauraient être contestés. De même, que les diverses préparations opiacées prises à l'intérieur, mais avec beaucoup plus de rapidité d'action, elles produisent les résultats suivants :

1°) Le calme, la diminution de l'hyperexcitabilité psychique et de l'angoisse précordiale;

2°) L'excitation des nerfs vaso-moteurs et, par suite, le rétrécissement des vaisseaux;

3°) Une action trophique sur le système nerveux central; la nutrition est facilitée et l'on voit même les malades soumis au traitement opiacé, reprendre de l'embonpoint.

Cette méthode de traitement présente toutefois quelques inconvénients qu'il importe de connaître. Et d'abord, les vomissements : ils se produisent tout de suite, ou deux ou trois heures après l'injection, les premiers jours de traitement; mais au bout de quelque temps, l'accoutumance se fait, l'état nauséux disparaît, même lorsque de fortes doses sont injectées. Aug. VOISIN conseille, pour empêcher les vomissements, de faire au malade, une heure avant l'injection, 1 à 2 grammes de chloral; mais ce qui est préférable, c'est de faire ingérer de la glace par petits morceaux.

Un autre inconvénient, c'est la constipation. Celle-ci n'est pas constante; car il peut arriver, au contraire, qu'une injection sous-cutanée de morphine de 2 à 3 milligrammes détermine des selles abondantes. Mais la constipation, si elle se produit, est aisément combattue à l'aide de purgatifs légers et souvent répétés.

Il peut se produire des incidents plus graves, soit immédiatement après l'injection, soit une ou deux heures après : ce sont des phénomènes d'arrêt du

cœur et de la respiration. Le malade pâlit, est pris d'étourdissements, sa vue se trouble, les battements de son cœur diminuent, le pouls devient petit et filiforme, sueurs froides, enfin perte de connaissance...

Par l'usage prolongé de la morphine, y a-t-il lieu de craindre la morphinomanie ? Ce danger est peu probable, et l'on cite très peu de cas de mélancoliques que le traitement par les injections sous-cutanées de morphine ait rendus morphinomanes. Et cela tient à ce que ce traitement, appliqué sur des malades isolés dans les établissements spéciaux, était suivi sous la direction immédiate du médecin qui les en déshabituaient progressivement, leur administrait à l'intérieur un succédané et les amenait ainsi à la convalescence, puis à la guérison, sans qu'ils eussent en quelque sorte conscience de la privation de la morphine. »

Telles sont les conditions classiques d'application du traitement de la mélancolie par les opiacés et la morphine.

En réalité, il convient d'apporter une critique judicieuse aux méthodes d'application en doses croissantes et continues des opiacés et de la morphine.

Tout d'abord, la longue expérience que nous avons de cette thérapeutique nous autorise à penser que l'action est plus inconstante que ne l'indique RITTI (souvent, en effet, l'anxiété est aggravée); de plus, elle n'est jamais absolument curative et bien plus souvent partielle : le calme, la diminution de l'excitabilité psychique ne sont en effet que relatifs, en rapport avec le degré d'obnubilation liée à la quan-

tité de la drogue employée : c'est au moment de l'accumulation des doses élevées et par suite au maximum de l'action toxique que l'on observe les sédations partielles et l'on devine aisément le retentissement fâcheux sur un organisme à activité vitale réduite d'une nouvelle intoxication surajoutée.

RITTI signale en dehors du calme et de la diminution de l'hyperexcitabilité psychique un résultat satisfaisant sur l'angoisse précordiale, nous l'avons en effet observé au cours de certaines formes de mélancolie anxieuse, lorsque ce symptôme n'était pas dû à des phénomènes de coronarite surajoutée. Quant aux actions sur les nerfs vaso-moteurs, sur la trophicité du système nerveux et sur la trophicité générale, elles vont manifestement à l'encontre de ce que l'on doit rechercher. C'est ce qui ressort du reste des inconvénients rapportés minutieusement dans l'article de RITTI : Ces inconvénients ne contrebalancent pas les quelques avantages que l'on a pu obtenir dans certains cas heureux. En effet, aux accidents d'intolérance que marquent les vomissements, les états nauséux qui peuvent être très précoces, font suite une phase d'accoutumance durant laquelle pourront être portés à leur maximum le pouvoir d'intoxication. Cette intoxication est aggravée par celle qui résulte de la constipation et de la paresse intestinale. Et ce concert de causes morbides peut avoir son finale dans des accidents d'intolérance absolue marqués par des défaillances irrémédiables cardio-respiratoires.

Dans les formes les plus tolérantes, là où des viscères de bonne qualité auront pu neutraliser et éliminer à doses suffisantes l'opium et la morphine pour éviter les accidents, on pourra observer des améliorations et même des guérisons, il n'en sera pas de même dans les cas où les viscères (foie, pancréas, tractus digestif et les reins) sont déficients : et les examens cliniques nous révèlent le pourcentage élevé des défaillances polyviscérales chez tous les mélancoliques.

Il est un inconvénient qui n'a pas été signalé par RITTI et qui est d'importance : c'est la durée fort longue d'élimination des opiacés : signature évidente de la fatigue imposée à un organisme saturé de ces corps, fatigue dont on n'aurait pas dû le surcharger, puisqu'il se trouve le plus souvent déjà en état d'adynamie.

Cette médication symptomatique par les opiacés n'est donc pas une médication physiologique. Comme nous l'avons dit plus haut, nous devons nous efforcer d'obtenir la revigoration des fonctions glandulaires assoupies ou inhibées : or, pas plus l'opium que la belladone ne sont capables de le faire.

La très heureuse expression de SCHÜLE a pu faire fortune; le résultat des faits demeure et tous les cas de mélancolie vraie, avec grande insomnie et douleur morale profonde, n'ont jamais bénéficié réellement du traitement classique par les opiacés. Par contre, ils ont tous été heureusement influencés par l'action bienfaisante des médications à grande action sur la trophicité générale (vitaminothérapie et hormones).

Pour combattre l'insomnie ou l'agitation anxieuse du mélancolique, il est une autre médication classique : la médication bromurée. Déjà V. MAGNAN parlant du bromure de potassium, disait : « ...il est utile, mais il ne doit être employé qu'avec ménagement, car il pourrait augmenter la dépression mélancolique ».

Les bromures sont, en effet, considérés comme les médicaments types des modérateurs de l'activité et de l'excitabilité des centres cérébraux et médullaires; nous pensons toutefois que l'on en doit rejeter l'emploi dans le traitement de la mélancolie.

La vaste expérimentation humaine du cycle du brome, entreprise dans le laboratoire du Dr CHATAGNON par Mademoiselle C. CHATAGNON, constitue un apport précieux à nos connaissances scientifiques sur ce sujet. Mademoiselle C. CHATAGNON a démontré de quelle façon le brome s'accumule dans l'organisme et comment il est très lentement éliminé, comment l'action neuro-sédative, dans la pratique des médications bromurées dépendait surtout de la présence et de la nature du sel associé : le sodium par exemple n'ayant aucune action aux doses habituelles; dans l'emploi du bromure de sodium l'action neuro-sédative n'est que la résultante de l'action toxique résultant de la substitution moléculaire du Brome au Chlore.

Le brome à dose thérapeutique n'est bien toléré qu'autant que le bilan chloré de l'organisme n'est pas diminué — si celui-ci est diminué les accidents de

toxicité sont plus rapides, alors même que les doses de brome introduites sont moindres : Or, dans la mélancolie vraie, l'apport alimentaire réduit souvent, dans des proportions énormes, ne fait pas l'appoint nécessaire en éléments chlorés pour une élimination normale de brome, celui-ci, en pareille occurrence sature l'organisme et l'encombre, surajoutant ainsi une cause d'intoxication supplémentaire. Ajoutons l'action profondément dépressive du potassium dans l'emploi du bromure de potassium, et nous aurons un faisceau d'arguments suffisants pour nous autoriser à éliminer de la thérapeutique de la mélancolie l'usage de la médication bromurée, et cela d'autant plus qu'il est de constatation clinique courante que les bromures renforcent les inhibitions des mélancoliques, créent ou accentuent les sensations de tête alourdie et de malaise général et peuvent même à eux seuls et à trop grosse dose créer en totalité l'état dépressif.

3°) TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.

Il doit être l'adjuvant du régime diététique.

Aux médications classiques de nature essentiellement symptomatique, il y a intérêt à substituer une thérapeutique basée sur les perturbations physiopathologiques à corriger.

Directives générales du traitement médicamenteux.

Rompant délibérément avec les médications symptomatiques à action soi-disant élective des médications classiques par l'opium et ses dérivés associés ou non à la belladone, nous nous sommes efforcés de pratiquer une thérapeutique physiologique, en tenant compte pour chaque cas des troubles propres ou prédominants et en utilisant les plus récentes acquisitions de la biochimie.

Cette ligne de conduite a été ainsi orientée depuis deux ans par le D^r CHATAGNON qui a obtenu des résultats extrêmement intéressants dans les syndromes mentaux et en particulier chez ses mélancoliques.

Ce qui importe au plus haut point et ce qui constitue une question d'urgence est de rétablir au plus vite chez tout mélancolique l'activité glandulaire de toutes les glandes exo et endocrines de l'économie, c'est de réactiver les fonctions de nutrition et par conséquent les échanges et l'assimilation intra et inter tissulaire — tout en pratiquant le traitement psychothérapique essentiel.

Pour arriver à un tel but, nous avons ajouté à un régime alimentaire approprié les médications vitaminiques et hormonales strictement choisies pour chaque cas et à doses variables suivant le stade d'évolution du syndrome bio-clinique.

1°) MÉDICATION VITAMINIQUE.

Le rôle des carences et précarences ainsi que des

défauts d'utilisation est de première importance dans la pathologie mentale : le D^r CHATAGNON a déjà depuis une dizaine d'années indiqué tout l'intérêt que l'on pouvait retirer au point de vue thérapeutique de ces notions théoriques, il a en outre montré qu'un grand nombre de syndromes psycho-pathologiques avaient pour substratum dans la plus grande majorité des cas des perturbations des échanges tissulaires liés assez souvent à des défauts d'architecture, véritables tératomes en miniature ne se traduisant du reste pendant longtemps que par des troubles fonctionnels d'abord discrets, puis de plus en plus patents; troubles fonctionnels qui marquent les stades d'évolution du syndrome mental et sont rythmés par les troubles dégénératifs progressifs du système nerveux central. C'est bien là un des caractères des avitaminoses. Ces défauts d'architecture que l'histologie pathologique est encore incapable d'identifier avec sûreté parce qu'ils sont minimes et ne portent surtout que dans les modalités des réactions vitales des éléments cellulaires, datent le plus souvent des premiers stades du développement de l'œuf ou d'étapes ultérieures jusqu'au complet achèvement de la structure du système nerveux. Il existe encore bien des inconnues sur le rôle des vitamines et leur métabolisme au niveau du système nerveux. Beaucoup de notions récentes ont encore leur part d'hypothèse, il n'en est pas moins vrai que quelques faits précis, très rigoureusement observés, nous ont incités à mettre en œuvre la thérapeutique vitaminique chez nos mélancoliques. Rap-

pelons quelques-uns des arguments sur lesquels notre action est étayée :

On ne sait encore pas si la vitamine A ou le carotène, la vitamine B, et la vitamine C que nous avons surtout utilisées dans notre action thérapeutique sont synthétisés dans le système nerveux ou bien s'ils dérivent de l'apport alimentaire. Or, nous savons que ces substances sont d'une importance majeure pour le développement propre du système nerveux central : il faut donc que la mère les procure au fœtus. Il est donc nécessaire de résoudre la question de savoir si dans tous les cas de carence la faute en incombe à l'alimentation défectueuse de la mère ou bien à un défaut de synthèse de la part du fœtus.

Autrement dit : les vitamines passent-elles à travers le placenta et conservent-elles leur action ou sont-elles détruites à son niveau ?

Quant à nous, nous pensons que le passage s'effectue parfaitement à travers le placenta, mais que la carence provient d'un apport insuffisant des vitamines par l'organisme de la mère au fœtus, dû à un défaut du régime alimentaire de la mère. Nous voyons en effet apparaître les troubles mentaux dans la descendance de certaines familles nombreuses ou non, mais soumises à des privations alimentaires ou à des erreurs de diététique (à rapprocher de ces faits : la descendance des alcooliques : sujets qui s'alimentent très peu et d'une façon très irrationnelle).

Quoi qu'il en soit, le régime alimentaire de la mère en état de gestation a donc une influence majeure

sur le développement normal du fœtus et de son système nerveux. Il est donc possible que de nombreuses lésions du système nerveux central qui apparaissent plus tard dans la vie aient leur point de départ durant la période de développement et soient dues, directement ou indirectement, à un régime alimentaire mal approprié.

Une autre hypothèse a été soulevée également par le Dr P. Ad. CHATAGNON : certaines maladies nerveuses et mentales proviendraient d'une déficience innée de ces éléments vitaminiques ou plutôt d'une déficience provenant d'une impossibilité de leur synthèse ou de leur utilisation.

Résumés de l'action carentielle de :

La vitamine A. — Sa déficience cause la cessation du développement. Elle joue un rôle capital dans le développement du système nerveux. Elle est une partie constitutive nécessaire de certaines cellules épithéliales et probablement essentielle à leur fonction normale, à la constitution normale de leurs protéines.

Elle exerce une action certaine sur la fertilisation et l'ovulation; sur les troubles des épithéliums glandulaires, spécialement ceux du tractus digestif, génito-urinaire et oculaire (xérophtalmie).

Elle peut corriger certains effets d'intoxication au niveau de l'encéphale.

La vitamine B₁ — ou antinévritique. — Elle paraît agir comme un ferment oxydo-réducteur de décarboxylation. Les tissus d'animaux privés de vita-

mine B₁ ont perdu leur pouvoir d'oxydation (ABDERHALDEN, SCHMIDT, WERTHEMIER, KINNERSLEY, PETER et READER). Sa carence entraîne des lésions anatomiques du système nerveux central (GILDEA-CASTLE, GILDEA et COBB).

L'hypovitaminose B₁ agit sur le métabolisme des oses en abaissant le taux de transformation de l'acide lactique en glycogène, si bien que l'acide lactique s'accumule dans les tissus (y compris le tissu cérébral) et dans le sang, pour atteindre des niveaux anormalement élevés.

Comme l'a montré PETERS, une des principales fonctions de la vitamine B₁ dans le cerveau est de favoriser le processus d'oxydation de l'acide pyruvique. Dans ses réactions aérobies, elle apparaît être en relation spécifique avec l'oxydase de l'acide pyruvique.

Rappelons que le lait est pauvre en cette vitamine.

La vitamine B₂ ou G — dite antipellagre — langue noire du chien. — Nous ne l'avons pas mise en œuvre directement, mais indirectement en utilisant les extraits hépatiques et gastriques où elle se trouve en abondance, ainsi que dans l'eau du lait.

La vitamine C. ou antiscorbutique — ou acide ascorbique.

Immédiatement après les glandes surrénales, c'est le cerveau qui contient en plus grande abondance la vitamine C. (YAVORSKI, ALMADIN, KING); cela montre tout l'intérêt de l'étude du métabolisme de l'acide ascorbique dans le cerveau. Cet acide joue un rôle

important dans les mécanismes d'oxydo-réduction dans tout l'organisme et il ne semble pas erroné de penser qu'il doit jouer une part d'un tel rôle au niveau du cerveau.

La vitamine E ou de l'anti-stérilité.

Sa carence entraîne expérimentalement des troubles qui ressemblent à ceux de la vitamine A (ABERLE). De récentes expériences sur la grenouille de KÉPINOV semblent démontrer que les vitamines A et E apparaissent comme les agents excitant la sécrétion du lobe antérieur de l'hypophyse.

Le Docteur CHATAGNON et Mlle C. CHATAGNON ont exprimé l'opinion que les oxydations déficientes constituent un important facteur dans la pathogénie d'un grand nombre de syndromes mentaux et de la mélancolie en particulier.

Certains auteurs ont soulevé l'hypothèse que les hypnotiques agissent en réduisant l'intensité des oxydations dans le cerveau et qu'il y a ainsi une modification quantitative dans l'acide ascorbique du liquide céphalo-rachidien, mais les expériences de PLAUT et BÜLOW leur ont montré qu'il n'y avait aucun changement.

En administrant des doses vitaminiques en supplément à celles contenues dans la ration alimentaire de nos mélancoliques, nous avons certainement accru les pouvoirs d'oxydo-réduction, d'hydrolyse, de phosphorylation, de décarboxylation et de désamination de leur organisme, et ainsi stimulé ou remis en action

leurs enzymes digestives et cérébrales (catalase, peroxydase, lipase, amylase, protéase, nucléase et phosphatase).

Cette polyvitaminothérapie est dans la plupart des cas complétée par l'addition d'un catalyseur sous forme d'un sel magnésien : hyposulfite, chlorure, hydrate ou carbonate ou magnésie calcinée — ou d'un sel de sodium.

2°) CONDUITE TYPE DU TRAITEMENT.

C'est celle que nous pratiquons habituellement dans le service du D^r P. CHATAGNON :

Les hypnotiques et les neuro-sédatifs sont bannis. Si toutefois la malade présentait une trop grande anxiété avec agitation motrice, nous utilisons une journée ou deux l'injection sous-cutanée de 1 cc. de solution de morphine-scopolamine, suivant la formule : scopolamine-morphine-spartéine (sédol).

Dans les formes courantes de mélancolie, la malade est tout d'abord baignée (bain savonneux d'une durée de 15 à 20 minutes), puis on pratique les soins d'hygiène de la cavité buccale : grande irrigation à l'eau bouillie — et on s'enquiert de son fonctionnement digestif. Puis immédiatement le traitement vitaminique est mis en œuvre.

Nous utilisons :

La vitamine A, soit sous forme de préparation huileuse à forte concentration en vitamine A, soit sous

forme d'huile de foie de morue. Dans certains cas, nous avons utilisé le carotène.

La vitamine B et C, en solutions aqueuses de vitamines cristallisées synthétiques.

Aux doses suivantes :

Doses moyennes :

Vitamine A : Un milligramme pro die.

Vitamine B₁ : Deux — —

Vitamine C : Cent — —

Doses fortes :

Vitamine A : Deux milligrammes pro die.

Vitamine B₁ : Quatre à six milligrammes pro die.

Vitamine C : Deux cents milligrammes pro die.

Doses faibles d'entretien :

Vitamine A : Un demi-milligramme pro die.

Vitamine B₁ : Un milligramme pro die.

Vitamine C : Cinquante milligramme pro die.

Dans les formes courantes ordinaires nous mettons en œuvre durant dix jours les doses fortes — puis après quelques jours à huit jours de repos médicamenteux, nous faisons une série de douze jours de doses moyennes et selon les résultats obtenus nous continuons les doses faibles d'entretien ou même l'emploi d'une seule vitamine, généralement la vitamine B₁. Dans les formes tenaces et graves, nous prolongeons les doses fortes ou moyennes plus longtemps : quinze, vingt jours et plus.

A la vitaminothérapie est associé le plus souvent

un sel de magnésium sous forme d'une solution à 10 % d'hyposulfite de magnésium en injection intraveineuse trois ou quatre fois par semaine — durant une, deux ou trois semaines suivant les cas — à raison de 5 cc³ chaque fois.

Accidents ou incidents. — Nous n'avons jusqu'alors rien constaté d'anormal. Les injections de solutions de vitamines ne sont pas douloureuses, leur résorption n'a donné lieu à aucune remarque. Signalons toutefois chez une de nos malades l'apparition d'une albuminurie vraie, elle présentait antérieurement de l'albuminurie acéto-soluble.

Les injections d'hyposulfite de magnésium s'accompagnent chez certaines malades de sensations de chaleur à la gorge ou de troubles vaso-moteurs au niveau de la face et du cou, mais celles-ci sont très fugaces.

Résultats. — Ils sont favorables dans tous les cas non seulement sur l'anorexie, les troubles digestifs et de la nutrition, mais également et surtout sur l'insomnie douloureuse.

C'est l'appétit qui revient en premier lieu, puis les fonctions intestinales s'opèrent mieux, puis deviennent normales, la constipation est souvent jugulée (dans les cas très rebelles, on adjoint de temps à autre un laxatif doux). Le sommeil réapparaît assez rapidement, en même temps que l'anxiété s'estompe et disparaît, les troubles délirants sont les plus lents à s'enfuir, mais on se trouve depuis longtemps en

présence de sujets en bon état général qui peuvent faire les frais d'une longue convalescence sans risque de complication.

Tel est, schématiquement décrit, le traitement médicamenteux d'une forme moyenne de mélancolie.

Dans certains cas, avons-nous dit, nous avons mis en œuvre quelques médications adjuvantes dont l'action n'est pas négligeable :

Lorsque l'inappétence et l'anorexie accompagnent un état général déficient; lorsque l'amaigrissement est considérable et que les fonctions rénales sont normales : nous utilisons les injections sous-cutanées de sérum physiologique à des doses variant de 125 cc. à 500 cc³ chaque jour. Quelques jours de traitement suffisent pour rehydrater les tissus, stimuler la soif, fournir le supplément nécessaire au chlore gastrique, activer la diurèse et les fonctions glandulaires.

Le sérum salé est injecté seul ou associé au sérum glucosé suivant la formule :

Eau distillée stérilisée 1.000 cc.

Glucose 47 grammes

Lorsqu'il y a lésion rénale, le sérum glucosé est seul employé soit à doses minimales 125 à 250 cc. par jour, soit en quantités plus grandes, 500 à 1000 cc. pro die. Cette réhydratation n'est jamais prolongée. Dans des cas très graves, il nous est arrivé d'utiliser avec profit le goutte à goutte rectal glucosé.

(*Cholérétiques.* — Nous avons dit plus haut de quelle façon nous employons les sels de magnésium

qui agissent non seulement comme cholérétiques, mais également comme catalyseurs des phénomènes d'oxydo-réduction. Nous y avons associé parfois : le calomel et les sels de sodium.

Le calomel qui est un puissant excitant de la sécrétion hépatique agit là en outre comme antiseptique intestinal. Administré par périodes de 5 à 10 jours, le matin à jeun à la dose de un à cinq centigrammes. Avec cette médication, on observe très rapidement une coloration verte des selles due non à un afflux supplémentaire de bile, mais au fait que ce sel empêche la réduction des pigments biliaires et en particulier de la biliverdine au cours de la traversée intestinale.

Les sels de sodium ont été administrés plus souvent que le calomel sous forme de solution de Bourget dont la malade prend un verre à bordeaux avant chacun des deux principaux repas pendant une semaine :

Sulfate de sodium desséché ...	1 gr.
Phosphate de sodium desséché.	3 gr.
Bicarbonate de sodium	8 gr.
Eau distillée stérilisée	1000 cc.

Plus exceptionnellement, nous nous sommes servis de pilules de fiel de bœuf. Les sels biliaires étant comme on le sait, de puissants agents cholérétiques.

Opothérapie hépatique et gastrique.

Nous les avons très souvent associées aux médica-

tions précédentes dans l'intention de favoriser l'apport de la vitamine B₂ et l'utilisation des oses par accroissement de la fonction glycogénique du foie. En outre, l'opothérapie hépatique a toujours eu une heureuse influence sur les signes d'anémie de certaines de nos malades.

Nous avons surtout mis en œuvre des extraits hépatiques aqueux moins nocifs pour le parenchyme hépatique que les extraits lipoïdiques riches en cholestérol, à des concentrations faibles et fortes : les doses faibles sont dosées de telle façon que 1 cc. corresponde à 0 gr. 18 d'extrait sec, c'est-à-dire à 0 gr. 30 de foie frais, — les doses fortes sont dosées de telle façon que 2 cc. correspondent à 10 gr. d'extrait sec, c'est-à-dire à 30 gr. de foie frais. En pratique, ce sont les doses faibles qui ont été le plus souvent utilisées, n'ayant pas eu dans notre expérimentation l'occasion de voir de grandes insuffisances hépatiques; dans ces derniers cas, en effet, les doses d'extrait concentré et répétées plusieurs fois par jour, sont toutes indiquées. La voie d'injection a toujours été l'intra-musculaire, moins douloureuse. L'action de ces extraits hépatiques nous paraît avoir été très heureuse sur la crase sanguine, mais nous ne l'avons jamais poursuivie longtemps.

L'inappétence du début de l'affection de nos malades ne nous a pas permis d'utiliser le foie de veau ou le foie de porc cru.

Dans un cas, le suc gastrique de porc (dyspeptine de HEPP) à raison de 1 cuillerée à soupe au moment

du repas semble avoir stimulé la sécrétion gastrique (à noter la richesse particulière des extraits gastriques en vitamine G.).

Les nombreuses modalités cliniques de la mélancolie ont entraîné des variations dans notre comportement thérapeutique. Dans les *Formes asthéniques* avec grand amaigrissement caractérisées par une adynamie spéciale, une fatigabilité extrême, une hypotension grande avec assourdissement des bruits du cœur et absence de résistance au moindre effort, nous avons augmenté la vitaminothérapie B₁ en lui associant : d'une part, l'opothérapie en éléments synthétiques : cortine ou syncortine (surrénale) et hormones génitales; et d'autre part, les oses (glucose, lactose, etc.), l'acide phosphorique (solution de Joulié) :

Acide phosphorique officinal 10 gr.

Phosphate acide de sodium 20 gr.

Eau distillée stérilisée 200 gr.

une à six cuillerées à café pro die au milieu du repas; ou mieux, les glycérophosphates tels que le glycérophosphate de Magnésium préconisé par VINCHON, et la phytine simple ou associée à un sel de Fer.

Les Formes anémiques bénéficieront du traitement type auquel on peut ajouter les éléments Fer-Manganèse-Cuivre en association avec les acides aminés : Tryptophane et histidine, associées à l'opothérapie hépatique intensive, et à une alimentation abondante.

Si la malade ne présente pas une insuffisance hépatique marquée, on peut utiliser l'hématoporphyrine

qui augmentera le taux de l'hémoglobine, acidifiera les urines et modèrera l'excitabilité vagale.

VINCHON en a retiré de bons résultats. On l'utilise en solution à 0 gr. 5 pour 100, à raison de 30 à 50 gouttes avant le repas — ou en solution injectable à 2 pour 100 par voie intra-musculaire à raison de 0 cc. 5 à 1 cc. tous les deux jours.

C) Indications thérapeutiques spéciales suivant les variétés cliniques de la mélancolie vraie, légitime.

Nous avons exposé les principes généraux d'action thérapeutique qui peuvent s'appliquer à toutes les variétés de mélancolie; il en existe de particuliers pour certaines des formes cliniques qu'il convient de souligner.

1°) MÉLANCOLIE SIMPLE AVEC CONSCIENCE.

Chez les mélancoliques avec conscience : la question de l'isolement et de la séquestration doit être discutée pour chaque cas. L'internement ne sera décidé que si l'impulsion au suicide se manifeste ou lorsque la dépression physique et morale est telle qu'il est impossible de faire suivre au malade un traitement judicieux par suite de sa résistance à son entourage ou à sa famille.

On fera appel à deux sortes de moyens thérapeutiques :

A) Traitement général : répondant aux diverses indications tirées de l'étude des fonctions de l'économie et orienté selon les directives générales énumérées ci-dessus.

B) Traitement psychothérapique.

A) *Traitement général.* — Il aura pour effet de relever les forces du malade : le repos au lit, entre-coupé de promenades au grand air et au calme absolu, une alimentation régulière et variée complèteront l'action de la vitaminothérapie associée A, B₁ et C et de son catalyseur. Si la tension du système nerveux est très grande et l'insomnie douloureuse, un grand bain savonneux chaud prolongé, trois-quart d'heure à une heure, suffira à les apaiser en très peu de jours. Nous avons proscrit l'hydrothérapie systématique à la douche froide, de même que le drap mouillé qui n'ont vraiment aucune indication utile.

Si l'alimentation est capricieuse et insuffisante, il ne faut pas hésiter à tout mettre en œuvre pour en augmenter la quantité et ne jamais laisser s'installer un état de dénutrition.

Très rapidement, en quelques jours, ou au plus tard en quelques semaines, le relèvement de l'appétit et de la tonicité générale est obtenu en même temps que le sommeil réapparaît plus apaisant. Nous n'avons jamais eu recours pour cela à l'opium ou à quelqu'autre médicament hypnotique : sulfonal, chloralose, etc.

B) *Le Traitement psychothérapique* est extrêmement important, il devra être mené avec discrétion pleine de tact et de finesse.

Comme l'écrit RITTI : ...« il faut bien prendre garde de combattre directement les idées et les tendances morbides de ces malades, d'entrer avec eux dans des discussions, surtout d'employer le persiflage ou la moquerie. Par de pareils moyens, on perdrait sa peine et aussi la confiance des malades, et c'est elle surtout qu'il faut arriver à gagner. Il ne faut pas non plus entrer dans leurs idées, car on leur donnerait ainsi un aliment qui servirait sans doute à les entretenir, peut-être à les développer.

La meilleure méthode de traitement moral est la diversion psychique que les malades trouvent dans le travail, les distractions, les conversations, les promenades, etc. Naturellement tous ces moyens, qu'on peut varier à l'infini, doivent être adoptés selon les circonstances, les lieux, les caractères des individus, etc. C'est dans le choix judicieux de ces moyens, dans leur application méthodique, que le médecin trouvera souvent le succès de sa thérapeutique mentale ».

Le secret de la réussite psychothérapique réside dans l'attitude d'autorité tendre, de compréhension et de sympathie du médecin vis-à-vis du malade, attentif et sensible aux moindres nuances et prompt à dépister l'impatience, le découragement ou le manque de foi de son protecteur et de son maître. Il y a des choses qu'il ne faut pas dire, des acquies-

cements qui sont pernicious. Il faut opposer un calme étonnement aux idées délirantes d'auto-accusation, de damnation, d'expiation et de ruine, en laissant supposer qu'elles cesseront un jour d'être fondées. A l'exposé des idées de suicide on détournera l'attention en parlant d'autre chose. Le médecin doit circonvenir l'intelligence de son malade; devenir le maître de son affectivité toute entière et entrer avec lui en symphonie totale.

2°) MÉLANCOLIE ANXIEUSE.

Forme très fréquente et de modalités cliniques très variées. Elle est caractérisée surtout par de l'agitation constante et de l'anxiété. L'indication principale consiste à amener le calme, à diminuer la douleur physique, l'angoisse et la douleur morale de la malade. C'est pour cette forme que le repos au lit et les bains chauds sont particulièrement indiqués. Dans les cas de très grande anxiété, nous avons été amenés à pratiquer épisodiquement durant un, deux ou trois jours une injection de scopolamine-morphine, surajoutée au traitement vitaminique associé, et toujours les résultats ont été des plus heureux. L'alimentation doit être étroitement surveillée et toujours prise en suffisante abondance.

Le traitement psychologique de la mélancolie anxieuse est impossible pendant la période active de la maladie, le malade est en effet le plus souvent incapable de suivre la moindre conversation, cons-

tamment en mouvement, gémissant sans arrêt, on ne peut fixer son attention et il est incapable de la moindre activité utile. On doit donc attendre l'atténuation des symptômes morbides pour pouvoir appliquer avec efficacité les règles générales du traitement moral, lesquelles ne diffèrent pas de celles qui ont été indiquées pour la mélancolie avec conscience.

3°) MÉLANCOLIE AVEC IDÉES DE PERSÉCUTION OU PERSÉCUTÉS MÉLANCOLIQUES.

C'est surtout pour les malades de cette catégorie que l'isolement en maison de santé ou dans des hôpitaux psychiatriques s'impose dès le début même de l'affection, en raison du danger que présentent leurs idées délirantes, non seulement pour eux-mêmes, mais aussi au point de vue de la sécurité publique. Ils devront donc être soumis à une surveillance constante à cause de leurs idées de suicide, mais aussi parce que, sous l'empire de leurs idées de persécution, ils peuvent devenir homicide, ou du moins se livrer à des voies de fait sur les personnes de leur entourage (A. RITTI).

A) *Le Traitement général* s'impose dans ces cas comme dans les précédents et la vitaminothérapie combinée à une grande action sur tous les échanges.

B) *Le Traitement psychologique* est là aussi capital : « Les persécutés mélancoliques méritent, plus que tous les autres, qu'on s'intéresse à eux. Ils sont,

en effet, à la fois victimes et coupables; ils ont besoin de confier à quelqu'un ce qu'ils ressentent et éprouvent un véritable soulagement à le faire. C'est donc surtout à l'égard de ces malades que le médecin fera preuve de patience : écouter, sans les contredire, le récit de leurs misères et de leurs souffrances : une fois en possession de leurs secrets, de leurs préoccupations délirantes, il lui sera plus facile d'avoir sur eux l'ascendant nécessaire, et, par suite, d'agir utilement sur leur état mental. (A. RITTI).

4°) MÉLANCOLIE STUPEURUSE ET CONFUSIONNELLE.

C'est dans ces formes que l'habileté du sens physiologique du clinicien aura son plein effet.

Le premier remède à appliquer dans les cas de mélancolie avec stupeur est l'isolement. De plus, une surveillance constante et de tous les instants s'impose; car le mélancolique en état de stupeur est porté à mettre à exécution, d'une manière en quelque sorte impulsive, les idées de suicide dont il est presque toujours obsédé (A. RITTI).

Le traitement général consistera en premier lieu, le repos au lit, à surveiller minutieusement l'alimentation, et si les malades refusent de prendre spontanément leur nourriture il ne faut pas hésiter à les alimenter artificiellement deux fois par jour. Favoriser les échanges de la nappe cutanée par des bains chauds savonneux, de dix à vingt minutes, tous les deux ou trois jours. Veiller à l'hygiène stricte de la

cavité buccale par des irrigations quotidiennes à l'eau bouillie bicarbonatée ou non. Et surtout à mettre en œuvre la vitaminothérapie à doses fortes, telle que nous l'avons décrite ci-dessus, ainsi que toute opothérapie appropriée aux déficiences électives ou prédominantes révélées par l'examen clinique approfondi.

Le traitement psychologique de la mélancolie avec stupeur ne devient très efficace qu'à la période de convalescence. Toutefois, comme l'écrit A. RITTI, il est un point que le médecin ne devra jamais oublier, c'est que le mélancolique stupide, sous son indifférence pour tout ce qui se passe autour de lui, n'est pas en réalité aussi absent qu'il le paraît; il entend très bien tout ce qu'on dit. Aussi le devoir du médecin et de tout l'entourage sera de ne rien dire devant le malade qui puisse augmenter ses préoccupations morbides et, par là peut-être, aggraver son état.

Pour les autres indications du traitement moral, comme elles ne sont applicables qu'à la période de la convalescence, elles ne diffèrent guère de celles qui ont été précédemment indiquées. Cependant, comme la mélancolie avec stupeur est souvent provoquée par un choc moral violent, il faut, autant que faire se peut, éviter au convalescent toute émotion trop vive, pouvant ébranler son système nerveux (A. RITTI).

Dans les formes confusionnelles : ce n'est plus le traitement de la mélancolie qui importe tout d'abord, mais celui de la confusion (alimentation artificielle, sérum glucosé et salé, antiseptiques, diffusibles, goutte à goutte rectal, etc.).

5°) MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE ET SÉNILE.

Dans ces formes cliniques, si fréquentes, il faut surtout tenir compte des troubles somatiques dûs à l'involution et aux phénomènes liés à la ménopause. Les indications thérapeutiques s'appliqueront à corriger ces déficiences : en utilisant les jeux des hormones hypophyso-sexuelles et les médicaments reconstituants, mais ne seront que des adjuvants là encore à la vitaminothérapie qui accroîtra l'activité des échanges. Le repos au lit et le réchauffement s'imposent dans tous ces cas avec de petits levers dans la journée :

Les bains chauds seront de courte durée, cinq à dix minutes au maximum et uniquement de propreté.

Le régime alimentaire sera soigneusement étudié, constitué de laitages, de légumes frais, de fruits frais, la ration de viande ne sera qu'une ration d'entretien.

On veillera à la liberté des émonctoires et au libre transit intestinal.

Le traitement psychologique est ainsi indiqué par A. RITTI, et il n'y a rien à y ajouter : « ...il faut éviter au mélancolique sénile toute cause d'excitation, d'irritation; supprimer les visites des membres de sa famille s'il a pris les siens en grippe, comme il n'arrive que trop souvent; employer les moyens de persuasion les plus vifs pour le faire manger et recourir à la sonde œsophagienne dès qu'il refuse obstinément de se nourrir ».

Dans les cas, qui ne sont pas rares, où les mélan-

coliques séniles présentent des symptômes d'albuminurie ou de diabète, un régime et un traitement appropriés devront être prescrits.

Nous rapprocherons des mélancolies séniles les états mélancoliques du ramollissement cérébral, artério-scléreux ou autre, où les indications thérapeutiques seront celles de l'artériopathie ou de la cause déterminante (Iode ou iodures — Médication phosphorée, etc.).

6°) PHASES MÉLANCOLIQUES DE LA FOLIE CIRCULAIRE (FALRET), A DOUBLE FORME (BAILLARGER), A FORMES ALTERNES (DELAYE).

La thérapeutique durant ces phases sera en règle, énergiquement conduite. Les malades sortent souvent de leur période d'agitation maniaque assez épuisés, et un état de lassitude générale et d'abattement ou même un état confusionnel ou semi-confusionnel, marque cette phase d'évolution du syndrome mental : le malade est couché dans son lit en adynamie complète, les membres en résolution, les paupières se ferment malgré lui et finalement il s'endort, mais le sommeil ne paraît pas profond et si on sollicite le sujet il ouvre les yeux et se rendort aussitôt.

C'est à cette période qu'il faudra surveiller le régime diététique avec le plus grand soin. Le malade a en effet une indifférence souvent très grande à l'alimentation et même une aversion affirmée. Aussi le traitement par les vitamines A, B₁ et C associées

doit-il être mis en œuvre immédiatement et à fortes doses, s'il ne l'a été déjà à doses moyennes ou faibles, à titre préventif, durant la phase d'agitation maniaque; ainsi sera maintenu un état général satisfaisant permettant la restauration plus rapide des fonctions du système nerveux. Les médications reconstituantes et l'opothérapie hépatique auront dans ces cas leur indication.

Au point de vue psychologique : c'est lorsque la convalescence s'ébauche que le rôle du médecin devient actif et que le traitement moral poursuivra et complètera le traitement physique général. En excitant sans relâche, mais d'une façon modérée, les opérations psychiques, en instituant une occupation régulière, facile, attrayante, l'état mental de la malade s'affermira très vite, prendra conscience de soi et la confiance aidant, la réadaptation hâtera la guérison totale.

Mais une question se pose alors : celle de la sortie; il faut se tenir en garde tant que l'intégrité mentale n'est pas récupérée en totalité, surtout lorsque les troubles mentaux ont déjà pris la forme cyclique. Dans ce cas, il faut tenir grand compte de la probabilité de la succession des différentes phases, s'attendre toujours à l'apparition rapide de l'accès maniaque, par exemple après l'accès mélancolique et se montrer très prudent pour la sortie de la malade pendant cette période intercalaire, car, dans ces cas, la sortie ne fait que hâter l'apparition de l'accès maniaque.

Au dehors, l'intermittent devra suivre les règles d'une hygiène générale rigoureuse, éviter les excès de toutes sortes et les grandes fatigues physiques et intellectuelles; mais il n'est cependant, quoiqu'il fasse, jamais à l'abri de nouveaux accès, et la surveillance devra être très serrée dès que se manifesteront les signes avant-coureurs qui ne manquent pas d'annoncer avec une précision stéréotypée, le début de chaque nouvel accès.

Lorsque les accès sont très rapprochés et que l'intermittence n'existe qu'à l'état de période subconfusionnelle ou subdélirante, le malade ne peut trouver qu'en Maison de Santé ou à l'Hôpital psychiatrique les soins de tous les instants et la surveillance éclairée dont il a besoin.

7°) LES SYNDROMES MÉLANCOLIQUES DE LA SYPHILIS CÉRÉBRALE ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

On peut rencontrer au cours de l'infection syphilitique, soit au début, soit plus tardivement, après des années de traitement, des états mélancoliques vrais. Ceux-ci peuvent ne pas dépendre de l'infection en cours et généralement on retrouve dans les antécédents personnels et héréditaires du malade des éléments qui permettent d'authentifier l'hypothèse; d'autres fois ces états mélancoliques sont sous la dépendance directe de la généralisation tréponémique : le traitement dans une telle éventualité a des indications spéciales. Deux cas se présentent alors au thérapeute :

a) Le malade a subi correctement son traitement antitréponémique et le fait est confirmé par les examens généraux et humoraux. L'état de dépression mélancolique sera donc soigné comme il le serait chez un sujet par ailleurs sain : Traitement général par vitamines associées, surveillance des fonctions intestinales et des fonctions d'élimination puis traitement psychologique seront tels que nous les avons décrits ci-dessus.

b) Le malade est en cours de traitement antisypilitique, on a interrompu malencontreusement celui-ci — une question d'urgence est posée .— Agir vite et sans retard en mettant en œuvre : arsenicaux tri et souvent pentavalents, mercure, bismuth.

Mais il faut être très prudent, bien que l'action doive être rapide et forte, on doit redouter chez ces sujets des déficiences hépatiques, hépato-rénales ou polyviscérales et suivre les réactions du sujet : Vérifier les éliminations médicamenteuses, suppléer aux insuffisances hépatiques par l'opothérapie en se servant de préférence des extraits aqueux moins toxiques.

L'on sera surpris souvent d'une amélioration rapide et d'une guérison pour ainsi dire miraculeuse de tels cas. Mais parfois aussi la dépression mélancolique de la syphilis nerveuse n'est que le stade prodromique d'une paralysie générale, elle se teinte ordinairement d'une note hypocondriaque.

On peut rencontrer en effet au début et au cours de la Paralysie Générale des états mélancoliques qui,

pendant un certain temps, peuvent affecter tous les caractères de la mélancolie affective. Mais les signes physiques les troubles mnésiques, la confusion des idées, les caractères des idées délirantes et surtout leur incohérence, leur absurdité, la persistance d'un certain automatisme, l'apparition d'idées en rapport avec des états émotionnels tout à fait opposés, des phénomènes hallucinatoires et des troubles de la cénesthésie attireront l'attention. Les examens humoraux préciseront d'une façon généralement très probante le diagnostic. Il conviendra toutefois, en l'absence de la confirmation humorale de ne pas se hâter et d'analyser minutieusement les symptômes cliniques. Le D^r CHATAGNON a en effet insisté avec juste raison sur les modifications apportées à la symptomatologie clinique de la Paralyse Générale chez des sujets qui ont subi un traitement d'assaut correct puis une cure d'entretien rigoureuse et prolongée, symptomatologie qui semble plus ordinairement verser dans des états de dépression ou d'obnubilation sub-confusionnelle plutôt que vers les délires pittoresques des descriptions classiques. Dans tous les cas d'états mélancoliques symptomatiques de Paralyse Générale confirmée : ce sont les traitements par les arsenicaux pentavalents qui doivent être mis en œuvre, la mélancolie n'est là qu'un accessoire dans le tableau morbide.

8°) LES ÉTATS MÉLANCOLIQUES DES PSYCHOPATHIES ORGANIQUES.

Ils ont été signalés au cours de l'évolution de presque tous les processus morbides frappant l'encéphale et le névraxe — sclérose en plaques, parasitoses, tumeurs etc. Leur symptomatologie est généralement fruste et l'erreur est rare en raison de la multiplicité des signes physiques qui viennent signer la nature de l'affection causale. Le traitement de ces états mélancoliques se confondra avec celui de la cause (antiseptiques diffusibles ou électifs, exérèse chirurgicale, etc.).

9°) LES ÉTATS MÉLANCOLIQUES ASSOCIÉS A L'ÉVOLUTION D'UN DIABÈTE, D'UNE TUBERCULOSE, D'UNE PARASITOSE, D'UNE INTOXICATION (alcoolique, morphinique, cocaïnique).

Ces cas sont assez fréquents. Comme nous l'avons dit à propos de la syphilis ce qui s'impose avant tout est là encore le traitement du Diabète, de la tuberculose ou de la parasitose, cas d'espèces où la cure médicamenteuse, diététique et hygiénique sera adaptée à chaque cas. La médication étiologique suffit ordinairement à elle seule à effacer l'état mélancolique réactionnel ou légitime et vrai.

10°) LES ÉTATS MÉLANCOLIQUES INTRIKUÉS A D'AUTRES SYNDROMES MENTAUX (obsessionnel, schizophrénique, hystérie, etc.).

La psychothérapie sera très différemment orientée selon les cas.

Nous avons considéré la mélancolie comme un syndrome qui peut selon les cas occuper à lui seul toute la scène clinique ou au contraire n'être qu'un épiphénomène. Cette façon d'envisager les choses nous paraît la plus judicieuse parce que la plus physiologique, elle nous autorise à une interprétation plus scientifique des phénomènes observés et par conséquent à une action thérapeutique plus solide et moins empirique.

Nous avons considéré comme mobile d'action thérapeutique l'ensemble de l'organisme pathologique envisageant en une analyse serrée le substratum physiopathologique, le substratum psychopathologique et les lésions associées (infections et toxi-infections aiguës ou chroniques, — intoxications aiguës ou chroniques — syndromes psychopathologiques (obsessionnels ou autres), enfin états diathésiques si proches des précarences et des carences).

En dehors du mécanisme psychopathologique particulier signant à l'évidence le syndrome mélancolique nous avons insisté essentiellement sur les désordres généraux et psychologiques à corriger : et avant tout sur ceux de l'activité sommeillante de toutes les glandes de l'économie retentissant si gran-

dement sur les phénomènes capitaux pour un organisme vivant, de la nutrition générale et de la trophicité cérébrale. Nous avons rapproché ces phénomènes de ceux que l'on observe expérimentalement dans l'étude des carences et des précarences et cela a été la raison de nos tentatives de médications non plus symptomatiques, mais étiologiques (vitamines, hormones, catalyseurs, opothérapie).

Les résultats que nous avons obtenus ont été tous très heureux, non seulement pour l'immédiat mais aussi pour le redressement, dans l'évolution ultérieure de l'organisme, des fonctions d'assimilation et de nutrition du corps entier y compris celles du système nerveux.

Nous pensons ainsi avoir fait non plus une thérapeutique à courte vue, mais une véritable prophylaxie sur ces terrains qui se rapprochent tant des terrains carencés.

D) La Psychothérapie et la Réadaptation. — Le problème social des mélancoliques.

L'étude du substratum physio et psychopathologique des malades présentant un syndrome mélancolique prouve à l'évidence qu'on se trouve en présence de sujets peu résistants soit que leur faible résistance procède de déficiences viscérales ou endocrino-viscérales, soit qu'elle porte presque unique-

ment sur le tonus d'action cérébral c'est assez dire que l'action thérapeutique devra s'étendre par delà la période des troubles aigus et porter à la fois sur l'élément organique et sur la déviation psychologique.

Nous nous sommes longuement étendu sur les corrections à porter aux déviations biologiques. Nous avons souligné chemin faisant comment le psychiatre devait endiguer le débordement délirant et les manifestations anxieuses de son malade et comment il devait par sa patience capter la confiance de son malade, mais son action n'est pas terminée avec la période aiguë des troubles. Il est rare que le psychisme retrouve d'un coup son équilibre et sa tonicité efficiente. Il y aura toute une phase de récupération durant laquelle le médecin devra éviter tout faux pas, en guidant de sa confiance ferme, droite, sincère et ardente les balbutiements de son malade. Il raffermira la volonté renaissante, il applaudira aux efforts fructueux d'action, il canalisera les velléités morbides, il réanimera en un mot la foi dans l'action vitale productrice, source de toutes les consolations et de toutes les joies.

Est-ce à dire qu'il aura accompli tout son devoir ? La réadaptation ne sera pas complète tant qu'elle n'aura abouti qu'en terrain clos en une enceinte protégée. Dès qu'il se trouvera au dehors, en butte aux mille vicissitudes d'une vie souvent difficile le mélancolique perdra son courage si péniblement restauré s'il ne perçoit près de lui et dans l'ombre son bienheureux tuteur. Nous soulevons ainsi le pro-

blème qu'avait déjà en 1841 résolu la délicatesse de cœur de FALRET père. Les mélancoliques, nous l'avons répété, sont des sujets à vitalité diminuée, mais dont l'activité utile peut être grande, leurs qualités morales font d'eux des travailleurs appliqués et probes. La société s'honorerait en réservant à cette catégorie de malades des formations hospitalières spéciales où la disposition des lieux permettrait le repos, le calme, l'aération, l'insolation, puis toute une organisation pratique où l'entraînement progressif à l'activité productrice du malade, selon ses capacités et ses goûts pourrait permettre un embrayage parfait de la volonté créatrice recouvrée. Une telle organisation hospitalière constituerait le « mentis naufrage portus » où les pauvres désespérés viendraient souvent d'eux-mêmes reprendre forces, volonté et joie de vivre. Une telle solution serait heureusement complétée par une assistance vraie du malade au dehors, confiée à un organisme comparable à celui réalisé par FALRET il y a un siècle et dont le médecin serait l'âme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Mlle S. P., 25 ans. Employée de bureau.

Mélancolie stuporeuse. Délire mélancolique actif. Hérité similaire. Eczéma généralisé. Guérison.

1^{er} accès mélancolique. Début lent et progressif depuis fin nov. 39 par changement de l'humeur et du caractère avec indifférence progressive, désintérêt pour son travail, son activité professionnelle.

Inactivité, mutisme complet, inappétence et refus d'aliments. L'influence des événements de guerre est ici manifeste : Mlle S. très impressionnable et très affectueuse a été violemment secouée par le départ aux armées de son frère, l'éloignement de sa sœur, la rupture de ses habitudes, l'administration où elle avait ses occupations ayant été évacuée en province.

A son entrée à Maison-Blanche le 11 janvier 1940 elle se présente en une attitude typique de mélancolie stuporeuse : prostrée, gémissante, absorbée douloureusement et s'enfermant en un mutisme irréductible.

L'opposition est très grande. L'état général est médiocre, l'amaigrissement marqué (43 kgs pour une taille de 1 m. 52), l'inappétence absolue, les téguments couverts de placards d'eczéma suintant sur toute la surface du corps, il y a des érosions infectées au niveau des tendons d'achille et de l'œdème des dos des pieds. L'examen viscéral ne révèle rien d'anormal, à l'exception d'un état saburral des voies digestives. La T. A. : 13/9. On note une constipation marquée et de l'aménorrhée.

L'exonération intestinale est obtenue par l'emploi de so-

lutions salines introduites les premiers jours par la sonde alimentaire.

Puis l'alimentation s'effectue spontanément au bout de quelques jours sous la pression de sollicitations répétées.

Très progressivement et après la phase d'approvisionnement : la stupeur confuse du début fait place à un état de ralentissement psychique avec expression monotone d'idées mélancoliques d'auto-accusation (manque d'énergie, s'accuse d'être à charge à sa famille, de causer du chagrin à tous les siens et en particulier à son frère soldat, n'a pas fait son devoir en ne regagnant pas son poste). Le 15 février, le ralentissement idéique est encore marqué, s'accompagnant d'inhibitions, de difficulté d'évocation, mais elle est capable de répondre très correctement, très judicieusement aux questions :

Nous apprenons alors qu'elle a été élevée dans un orphelinat par des religieuses, qu'elle était très pieuse et eut désiré rentrer dans les ordres — d'humeur égale, douce, affectueuse, dévouée, impressionnable, gaie, scrupuleuse à l'extrême, elle obtint aisément son certificat d'études primaires. Elle a eu la rougeole dans l'enfance; ses menstrues ont apparu à 11 ans 1/2 et se sont fréquemment accompagnées de poussées d'eczéma. Elle est née à terme en Août 1914 quelques jours après le départ de son père à la guerre (1914-1918).

Sa mère atteinte de mélancolie s'est suicidée à 34 ans.

Une tante maternelle atteinte de mélancolie s'est suicidée à 46 ans. Ses deux sœurs de 31 et 29 ans sont bien portantes ainsi que son frère de 27 ans.

Aménorrhée depuis le début des troubles. Réapparition des menstrues le 5 mars après la reprise du contact vital.

Examens de Laboratoire :

Urines : Pas d'albumine, pas de sucres, traces d'acétone.

Sang : Urée : 0 gr. 25 p. 1000.

Réactions de Bordet-Wassermann.

Meinike et Kahn : négatives.

Traitement : Local des lésions cutanées suintantes.

général : 12 Injections intra-veineuses d'hypo-sulfite de Magnésium.

14 Injections intra-musculaires de vitamines B₁ et C.

10 Injections de solutions sucrées de glycérosphosphates.

Ingestion d'huile de foie de morue.

Résultats : Sort guérie à la mi-mars.

OBSERVATION 2.

Mme D. Angèle. 61 ans. Rentière, née le 6 octobre 1878.

Mélancolie. Ralentissement idéique. Douleur morale. Aboulie. 2^e manifestation (la 1^{re} à la période ménopausique). Guérison.

1^{er} accès de dépression mélancolique lors de la ménopause à 50 ans durant trois semaines.

2^e accès : Entre dans notre service de Maison-Blanche le 15 juillet 1939 présentant un état typique de mélancolie avec ralentissement du courant idéique, tristesse profonde, pleurs, anxiété. Idées confuses de persécution et d'auto-accusation. Asthénie et aboulie. Elle est triste, n'est pas heureuse en elle-même, ne peut plus travailler, tout l'effraie, ne sait plus s'organiser, ne sait plus acheter ce dont elle a besoin. Impression de manque d'énergie, de volonté : se met en train et s'arrête, voudrait et ne peut pas... Elle se demande si elle a toujours fait son devoir. Elle croit qu'on lui veut du mal et que la police la poursuit et veut l'emmener.

Elle appréhende la sortie hors de chez elle, comme elle a une mauvaise figure (pilosité abondante de la face) s'imaginer qu'on la regarde et qu'on la trouve changée.

Dysmnésie consciente. Insomnie.

Examen physique : Rien d'anormal à signaler hormis :

La pilosité de la face, l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, sans symptômes oculaires, et sans troubles de la sensibilité, ni de l'équilibration. La T. A. est à 20-11. Le pouls bat à 80 à la minute.

L'abdomen est souple, le foie normal, mais la constipation est habituelle et rebelle.

Antécédents héréditaires : Rien d'anormal.

personnels : Une pneumonie à 52 ans.

A eu 3 enfants en excellente santé.

Examens de Laboratoire :

Poids à l'entrée : 67 kgs 500 et 67 kgs 600 à la sortie.

Taille : 1 m. 52.

Urines : Pas d'albumine, pas de sucres, pas d'acétone.

Sang : Urée : 0 gr. 25 p. 1000.

Cholestérine : 1,10 p. 1000.

Réactions de Bordet-Wassermann.

Meinicke et Kahn : négatives.

Traitement :

Applications locales sur la région pileuse de la face de la pommade à la folliculine.

Dix injections d'extrait hépatique.

Quinze injections de vitamines B₁ à doses moyennes.

Quinze injections de vitamines C

Vitamine A en solution huileuse.

Tisane purgative.

L'amélioration des troubles est telle qu'au bout d'un mois la sortie est accordée (T. A. 17-8) et que Mme D... reprend très correctement ses occupations antérieures environ trois semaines après son exeat.

OBSERVATION 3.

Mme J... Marie-Perrine, 53 ans, Couturière.

Dépression mélancolique avec Asthénie. Amélioration considérable à la sortie.

Début des troubles : Début de 1938 à la suite du choc affectif déterminé par le décès de son mari survenu après trois ans de souffrances et en état paralytique. Abandonnée à soi-

même et à ses maigres ressources de couturière par sa jeune fille qui se marie et refuse d'accueillir sa mère près d'elle, elle change de caractère, s'assombrit, perd le tonus vital, s'abandonne, ne mange plus, a des céphalées tenaces, craint l'isolement chez elle et se fait conduire à l'Hôpital H. ROUSSELLE d'où elle nous est adressée le 19 novembre 1938.

A son entrée à Maison-Blanche on note : Dépression mélancolique avec hypocondrie et Asthénie. Elle n'a de goût à rien, elle est incapable de marcher dans la rue. Elle craint de faire le malheur de sa fille et de ternir son honneur. Les interprétations morbides sont nombreuses portant sur la sphère génitale; il n'y a pas de troubles hallucinatoires. La céphalée diffuse persiste très marquée.

Examen physique : A noter seulement : l'amaigrissement. la constipation et l'état saburral des voies digestives. Les réflexes tendineux sont très vifs. La T. A. est à 13/9. Tumeur de corps utérin avec métrorragies et pertes sanieuses (cancer du corps). Arthrite chronique scapulo-humérale gauche avec atrophie deltoïdienne.

Examens de Laboratoire :

Urines : Pas d'éléments anormaux.

Sang : Urée : 0 gr.-30 p. 1000.

R. Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn : négatives.

Poids à l'entrée : 47 kgs et 43 kgs à la sortie.

Taille : 1 m. 57.

Traitement :

Traitement de l'atonie intestinale.

Injectons de vitamines B₁ et C à doses moyennes, puis de glycérophosphates.

Après une reprise de poids, maigrit à nouveau par suite d'une alimentation volontairement réduite.

Par contre au bout de quelques mois : disparition de l'asthénie et de l'hypocondrie, reprise d'appétence vitale : S'occupe avec plaisir à de menus travaux de ménage, mais refuse de se faire opérer (cancer du corps utérin). Sort considérablement améliorée le 4 août 1939.

OBSERVATION 4.

Mme D... Gabrielle, Claudine, 53 ans. Ménagère.

Mélancolie de la ménopause. Fonds de Déséquilibre émotionnel. Sort guérie.

1^{er} accès : Juin 1935-Octobre 1935. Dépression mélancolique de la ménopause avec hypocondrie sur fonds de déséquilibre émotionnel. Sort guérie.

2^e accès : Sept. 1938. Entre de nouveau à Maison-Blanche où l'on note : Mélancolie délirante. Idées d'auto-accusation, appréhensions anxieuses : a peur qu'il arrive malheur à sa famille de par son fait. Elle a mal agi, elle fait du tort à son mari. Elle va être punie, on va la faire brûler sur un rocher, elle mérite la guillotine, on va a jeter à l'eau. Idées imprécises de persécution : c'est un coup contre elle; on lui en veut, elle a peut-être dit certaines choses répréhensibles mais c'était sans arrière pensée. Tristesse. Inhibition psychique et physique. Vellétés de suicide par absorption d'alcool. Insomnie.

Antécédents personnels :

Abcès froids de la région cervicale dans l'enfance.

Manifestations épisodiques d'inflammation du tissu adénoïdien pharyngien.

Premières menstruations à 15 ans.

Pas de grossesse. Pas d'avortement.

Déséquilibre émotionnel à l'âge adulte avec tentatives de suicide.

Acquisitions didactiques rudimentaires : ne pouvait rien apprendre à l'école.

Antécédents héréditaires :

Mère décédée à 70 ans de congestion cérébrale.

Père décédé à 62 ans de tumeur abdominale.

Un frère décédé jeune de grippe.

Une tante maternelle aurait eu des troubles mentaux mais sans avoir été obligée de se faire hospitaliser.

Examen physique : Rien d'anormal à signaler hormis le

teint bistré cholémique et les troubles digestifs avec voies digestives très saburrales et constipation opiniâtre. La T. A. est de 15-9.

Examens de Laboratoire :

Urines : Traces d'acétone.

Sang : Urée : 0,30 p. 1000.

R. de Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn :
négatives.

Poids à l'entrée : 45 kgs, et 47 kgs 900 à la sortie.

Taille : 1 m. 50.

Traitement :

Local : de l'atonie intestinale (extraits hépatiques, sels biliaires).

Général : 2 séries de 15 injections de vitamines B₁ et C en Nov.-Déc. 38.

Extrait gastrique (vitamine E).

Evolution : Disparition des troubles. Reprise de l'appétence vitale, de l'affectivité, de l'euphorie, du sommeil, de l'activité utile.

Sort le 12 février 1939 en très bon équilibre psychique.

OBSERVATION 5.

Mlle Re... Aline, 26 ans. Née le 24 déc. 1912.

Mélancolie délirante récidivante. R. hystériques. Hérédité similaire. Amélioration.

Entre à Maison-Blanche le 7 sept. 39 présentant un syndrome de Mélancolie délirante. La parole est brève, rare, monotone, et à voix basse. Nous apprenons cependant que les troubles ont débuté d'une façon insensible au cours des derniers jours du mois d'Août 1939 par suite du choc émotionnel des bruits de guerre. Tenant un petit magasin de mercerie et de laine, elle craint pour l'avenir la mévente et ensuite le chômage.

A son entrée, on note des idées délirantes de culpabilité,

d'indignité, de mysticisme. Elle a beaucoup de remords, son cœur est impur, elle est une pourriture, elle a des scrupules à propos de la religion, elle a eu le doute, elle est assurée que c'est bientôt la fin du monde, elle a la mission de sauver le monde. Très pieuse, elle passait ses journées à prier, tant chez elle qu'à l'Eglise, elle se prosternait, les bras en croix pour se mortifier. Elle tente même d'avaler une broche représentant N. D. de Nazareth pour se sanctifier. Elle parle du diable et de satan, mais on ne peut faire préciser s'il y a des hallucinations auditives : Le marmottement est continu, mais la parole est parcimonieuse, la tristesse est profonde, l'attitude humble, prostrée, douloureusement concentrée. L'anorexie s'accompagne d'un amaigrissement notable.

Durant les premiers jours d'alitement, elle est quasi stuporeuse, muette, inerte et absente.

L'examen physique ne révèle rien d'anormal hormis l'amaigrissement, l'inappétence, la constipation. T. A. : 14-9 1/2. P. 72. Roc. 76.

Examens de Laboratoire :

Taille : 1 m. 63.

Poids : 59 kgs.

Urines : le 25-9-39 : Traces d'albumine.

le 28-12-39 : Pas d'albumine.

les 12 et 19 mars 40 : traces d'albumine.

le 2 avril 40 : Traces d'albumine.

Sang : le 18-3-40 : Urée : 0 gr. 33 p. 1000. Cholestérine : 1 gr. 50 p. 1000.

30 oct. 39 : R. Bordet-Wassermann, Meiniche-Kahn : négatives.

Joint à quelques paroles attentionnées et à la balnéothérapie de simple hygiène, le traitement médicamenteux a été : d'Octobre à Novembre 1939 :

Vitamines B₁ à dose forte (12 jours) et série de glycérophosphates injectables.

Vitamine A sous forme d'huile de foie de morue.

Il amène une amélioration rapide et notable : l'attention se fait jour et se fixe volontiers, les réponses aux questions sont aisées et s'obtiennent sans énorme sollicitation, il y a

cessation des inhibitions. Progressivement la reprise du contact vital devient plus intime, et dès décembre Mlle R... se lève et réclame sa sortie. La sortie est décidée, mais elle tarde à venir car le frère de la malade peu soucieux de prendre la responsabilité de la sortie, tarde à venir. Cette attente déçoit Mlle R... et à la fin Janvier elle glisse à nouveau dans un état de tristesse, de concentration douloureuse, d'indifférence et de préoccupations, bientôt elle ne répond plus aux questions et brusquement le 7 février, à l'occasion du décès d'une de ses compagnes dans le même dortoir, elle est prise d'une crise d'excitation hystériforme. Immobile d'ordinaire dans son lit, elle se lève vers 3 heures du matin en criant et défaisant son lit, s'exhibant et allant frapper ses voisines de lit.

Couchée à nouveau elle présente de grandes convulsions toniques et cloniques avec opisthotonos puis écarte les cuisses, grinçant des dents et grimaçant tout en extériorisant des propos érotiques et sollicitant les caresses lubriques, aux propos érotiques s'entremêlait un thème religieux : elle est mariée à satan, puis récite des prières. On note une émission involontaire d'urine et de matières avec coprophagie immédiate et gloutonne et barbouillage de tout le corps. Elle se prosterne la face contre le sol et reste en prière après avoir demandé un chapelet. Durée de la crise : 1/2 heure.

Les jours suivants, l'opposition est absolue, le mutisme complet, marmonnement des lèvres, contraction des mains sur un chapelet.

Alimentée à la sonde quelques jours.

Reprise du traitement par vitamines B₁ et C (à doses moyennes) auquel on ajoute trois fois par semaine une injection intra-veineuse d'hyposulfite de magnésium du 15 février au 7 avril 1940.

Dès le 15 février reprise spontanée de l'alimentation. L'opposition et le mutisme demeurent intenses, ils ne cèdent que vers le 7 avril. La malade se lève alors spontanément et vaque à de menues occupations, et répond correctement à toute question. Il subsiste toutefois une certaine lenteur dans la mise en train psychique, les idées délirantes à thème érotico-mystique se sont flétries. Pesant 59 kgs à son entrée

dans le service. Baisse à 55 kgs lors de la récédive de la période délirante, mais réascensionne et pèse fin mars : 59 kgs.

Antécédents Personnels :

Apprenait mal à l'école.

A toujours eu une santé précaire, placée bonne à tout faire, avait beaucoup de difficulté à faire son travail, aussi avait-elle réussi, avec l'aide de sa famille à acquérir un petit magasin de mercerie.

1^{er} accès mélancolique : de 1933 à 1936.

Antécédents héréditaires et collatéraux :

Père décédé à 69 ans de congestion pulmonaire.

Mère décédée à 56 ans de Mélancolie à l'hôpital Psychiatrique de Saint-Meen.

Sœur décédée de Mélancolie.

Un frère et une sœur décédés de tuberculose.

Examens de Laboratoire :

Urines : 25- 9-39 : Traces d'albumine. Pas d'acétone. Pas de sucre.

28-12-39 : Pas d'albumine. Pas d'acétone. Pas de sucre.

12 et 19-3-40 et 2-4-40 : Traces d'albumine.

Sang : 30-10-39 : R. Bordet-Wassermann, R. Kahn, R. Meinicke : négatives.

18- 3-40 : Urée : 0 gr. 33 p. 1000. Cholestérine : 1 gr. 50 p. 1000.

Electrocardiogramme : 4 avril 40 : Brachycardie sinusale.

A noter un crochetage de Q. R. en D_{II}

OBSERVATION 6.

Mme Le L., 53 ans.

Mélancolie délirante présénile. Anxiété. Amélioration.

Antécédents héréditaires :

Mère : 87 ans bien portante.

Père : décédé à 84 ans.

Six enfants : trois ont été tués à la guerre 1914-1918.

Une sœur ayant présenté des troubles nerveux est décédée à 52 ans.

Antécédents personnels :

Opérée en 1918 à 32 ans d'un fibrôme, intervention chirurgicale compliquée de troubles pulmonaires.

En 1928 : congestion pulmonaire.

1^{re}s menstrues : 13 ans. Ménopause : vers 42 ans.

Mariée en 1920, à 34 ans après avoir été domestique puis cuisinière. A un enfant qui a actuellement 17 ans.

Histoire de la Maladie :

A toujours été bien portante jusqu'aux premiers jours de Décembre 38, date à laquelle se manifeste brusquement un état anxieux typique. Cependant semblait depuis quelque temps plus triste, absorbée, soucieuse. Des disputes fréquentes avaient lieu avec son mari, cantonnier de la ville de Paris et buveur, qui ne la comprenait guère et la jetait hors de son domicile lorsqu'elle lui faisait des reproches sur son intempérance.

Lorsque une usine de pâtes alimentaires, installée contre le mur de l'immeuble qu'elle habite des moteurs électriques qui secouent la maison, faisant un bruit continu et lassant, entraînant la vibration des objets et des meubles et déterminant en elle un état d'énervement considérable « c'était comme si on recevait des plombs dans la tête, ça me piquait dans les yeux, comme s'il y avait de l'électricité dans la chambre ». Les troubles vont s'accroissant, faits surtout d'interprétations et d'illusions : elle intègre les perceptions exactes en un délire à thème de persécution; le bruit est à ce point intolérable et les sensations d'électricité si désagréables qu'elle abandonne son logement, n'osant plus y pénétrer. Elle demande des expertises privées, puis va se plaindre au Commissariat. Et comme ses disputes avec son mari ne vont pas sans bruit et sans cris, elle pense que des voisins ont fait une pétition pour qu'elle parte. On la traite de folle (parce qu'elle se nomme effectivement Le Foll), etc.

Consultant à l'Hôpital Beaujon, service du Dr TINEL en Mai 1939. Elle entre dans notre service à Maison-Blanche le 1^{er} sept. 1939 en état d'anxiété mélancolique typique.

L'anxiété est vive. L'agitation psycho-motrice incessante dure quelques jours puis fait place à un mutisme difficile à vaincre. On découvre cependant l'existence d'un délire très actif à thèse d'auto-accusation; elle s'est mal comportée vis-à-vis des infirmières de Beaujon, vis-à-vis de ses voisines etc.

Craintes anxieuses : on veut la faire mourir, ainsi que son fils puis répète d'une voix monotone les mêmes plaintes, les mêmes gémissements, on lui prépare les pires supplices, les plus grands châtiments. Elle a des inhibitions et de l'insomnie.

Alitée. Traitée par des laxatifs salins (sulfate de soude et hydrate de Magnésie) les premiers jours pour dégager son tube digestif encombré, elle est ensuite alimentée à la sonde jusqu'au mois de Février. Des petites séries de sérum glucosé et quelques injections de sédol isolées les jours de grande anxiété. La courbe de poids décroît de 69 kgs à 63 kgs.

Une série mixte de vitamine B₁ à dose moyenne et de glycérophosphate injectable est terminée le 31 déc. 39, suivie d'une série de sérum glucosé. Le poids est en Janvier de 55 kgs.

Une série de vitamines C et B₁ à doses moyennes est reprise le 15 février : il y a une reprise spontanée de l'alimentation, le poids baisse cependant encore à 50 kgs.

Une série de vitamines P. P. est faite du 6 au 20 mars, puis interrompue.

A noter : une reprise nette de l'appétit, l'alimentation s'effectuant spontanément et avec plaisir, une diminution de l'anxiété, une reprise partielle du sommeil et une sédation de l'anxiété après la 2^e série de vitamines.

Fonds mental : Elevée à la campagne, elle a une instruction rudimentaire; elle est de caractère renfermé et scrupuleux.

Examen physique : Ne décèle rien d'anormal. Réflexes tendineux faibles surtout l'achilléen gauche. Réflexes pupillaires normaux. Foie : normal. Cœur : bruits normaux. T. A. : 14-10, P. 72, régulier.

Examens de Laboratoire :

Urines : Petite albuminurie depuis l'entrée. Les 1^{er} sept.
39, les 6, 12, 19, 27 mars 1940.

Sang : Urée : 0 gr. 26 p. 1000. }
Cholestérine : 3 gr. 49. } le 11-3-40.

Réactions Bordet-Wassermann. Meinicke et Kahn :
négatives.

Electrocardiogramme : impossible à interpréter en raison
de la contracture et de l'opposition de la malade.

OBSERVATION 7.

Mme C... Lucie, 54 ans. Giletière.

Psychose présénile :

Mélancolie délirante et anxieuse avec réactions, suicide.

Castration chirurgicale à 25 ans (grossesse tubaire).

Cause occasionnelle : guerre 1939.

*Grand trauma effectif : guerre 1914-1915 : décès de son
premier mari.*

Grande amélioration.

*Antécédents héréditaires : Mère ? vit séparée de son mari.
Père ?*

*Antécédents personnels : Travaille dès l'âge de 12 ans,
dans la couture puis se spécialise comme giletière.*

Se marie à 23 ans, en 1910, a une fille, puis deux ans après
à la suite d'une grossesse tubaire subit une hystérectomie to-
tale en 1913. Son mari part à la guerre, en 1914, est tué en
septembre 1915. Elle était très heureuse en ménage et en ap-
prenant le décès de son mari a « un transport au cerveau »
sur lequel nous n'avons aucun renseignement précis. Pei-
nant pour élever son enfant, elle se remarie en 1918, mais
divorce deux ans après pour incompatibilité d'humeur. Con-
tinue son métier de giletière et à force de privations et de
travail, élève sa fille.

*Histoire de la maladie : Très affectée à l'annonce de la
nouvelle guerre en Septembre 1939. Le début a été progressif*

dès cette date et marqué par un état de prostration, « restait assise des journées entières, les yeux dans le vide, sans faire un mouvement; refusant de s'alimenter, ayant cessé tout travail et extériorisant des idées de persécution par les personnes de l'entourage, percevant des pas en sabots de ceux qui viennent la nuit la guetter. Un délire d'auto-accusation très actif explique sa hantise des tortures qui l'attendent : dans cinq minutes on doit la massacrer, la mettre en morceaux, lui arracher les yeux et lui faire toutes sortes d'atrocités d'un autre siècle. L'insomnie s'accompagnait de manifestations anxieuses. Des tentatives de suicide par asphyxie, par gaz d'éclairage, par strangulation, des velléités de défenestration ont été manifestées, mais refoulées à la pensée du tort qu'elle ferait à sa fille.

Sa fille réfugiée dans l'Eure avec son petit garçon emmène sa mère, mais celle-ci confinée au lit refuse de s'alimenter puis celle-ci repart brusquement chez elle à Paris où elle vit en état de quasi claustration, ne recevant que la visite d'une amie qui lui portait ce dont elle avait besoin. Sa fille revient la voir et la fait hospitaliser.

A son entrée à Maison-Blanche le 15 janvier 1940 : grande anxiété. Délire très actif à thème d'auto-accusation, d'indignité, de culpabilité. Remords profond de s'être remariée. Elle est indigne de vivre, elle a fait des faux et doit être de ce fait condamnée aux pires supplices. Elle n'a plus d'identité. Veuve de guerre, elle s'est remariée, puis a divorcé. Son avocat lui avait dit à l'époque qu'ayant un enfant, elle pouvait reprendre son nom de V... Depuis 25 ans donc, elle porte le nom de V... Lors de la déclaration de guerre en septembre 1939, elle part, avec sa fille chez une cousine de son premier mari, or cette cousine ignorait son remariage. Ce fut là le point de départ de tous ses tourments, bien que personne lui ait fait le moindre reproche sur sa conduite. Et elle découvre tout à coup qu'il ne lui est plus possible de vivre, n'ayant plus d'identité. Les malheurs qu'elle a subis, sa fille les vivra à son tour avec cette nouvelle guerre, etc...

Les interprétations délirantes sont constantes : les infirmières nettoyant les parquets doivent lui faire manger les

matières fécales répandues sur le sol pour l'étouffer, on cire pour provoquer sa chute, on prépare les ballons d'oxygène; les internes préparent des piqûres pour lui inoculer des maladies, etc.

L'idée obsédante de sa culpabilité, de son indignité est tenace, et s'accompagne même de la négation de son identité.

Mais on ne décèle ni affaiblissement intellectuel, ni trouble mnésique, ni trouble des perceptions.

L'état général est médiocre, l'inappétence, la constipation très grande, la céphalée très fréquente. L'examen neurologique ne décèle rien d'anormal. Le cœur est normal. La T. A. : 12-8. Foie, Rate : Normaux.

Examens de Laboratoire :

Sang : 19-2-40. Urée : 0,32 p. 1000.

Cholestérine : 2,14 p. 1000.

R. Bordet-Wassermann.

R. Meinicke.

R. Kahn.

} négatives.

Urines : Légère albuminurie les 19 et 30 janvier 1940.

Absence d'albumine les 12 et 20 mars 1940, et le 2 avril 1940.

Traces d'albumine les 18-22-25-29 mars 1940.

Electrocardiogramme : 3 avril 40. Tracé normal.

Poids : 15 janvier 1940 : 52 kgs 6. 30 janvier 1940 : 50 kgs 6. 29 février 1940 : 50 kgs.

Traitement : Libération intestinale : sulfate de Soude 10 gr. durant trois matins, puis hydrate de Magnésie, 6 gr. six jours.

Traitement vitamines B₁ et C intra-musculaires à doses moyennes alternées du 16 février au 1^{er} avril.

Hyposulfite de Magnésium intra-veineux : sept injections durant le mois de mars.

Extrait hépatique aq. du 6 avril. 21 avril : 8 injections intra-musculaires.

Résultats :

Dès fin février 1940 : Est moins absorbée, plus présente, moins opposante, s'alimente régulièrement et avec appétit. Cherche à se rendre utile et à s'occuper à de menus travaux de ménage alors qu'elle restait immobile au lit à son entrée.

Conserve cependant son activité délirante et dit encore que sa place n'est plus ici, mais en prison.

Avril 1940 : Persistance de l'amélioration et de l'activité utile. La conviction délirante est moins ancrée. Le repos s'accompagne d'un sommeil plus long.

OBSERVATION 8.

Mlle Mar... Marthe, 40 ans. Femme de chambre.

Mélancolie avec idées d'auto-accusation et Asthénie physique. Aboulie. Préoccupations hypocondriaques. Hérité maternelle tuberculeuse. Chétivité physique. Très grande amélioration.

Antécédents héréditaires et collatéraux :

Père décédé à 82 ans d'angine de poitrine.

Mère décédée à 74 ans de tuberculose pulmonaire.

Grand'mère paternelle : décédée à 93 ans paralysée.

Grand-père maternel : décédé à 76 ans.

Grand-mère maternelle : décédée à 36 ans de tuberculose pulmonaire.

Treize frères et sœurs : dont 2 frère et 1 sœur décédés à 6 mois de méningite;

3 sœurs et 1 frère décédés à l'âge adulte de Tuberculose pulmonaire.

1 enfant mort-né.

Antécédents personnels :

Est la 12^e enfant. Elevée par ses parents jusqu'à 17 ans. A cet âge elle se place à Paris, femme de chambre.

Va à l'école jusqu'à 12 ans, apprend facilement, a son certificat d'études. Toujours bonne conduite, mais caractère peu enjoué, ne se liant pas aisément, scrupuleuse, très sensible, susceptible. Excellente moralité. Sentiments religieux instables (pratiques irrégulières, cesse la fréquentation des offices religieux dans les moments de dépression, de chagrins, d'ennuis). Dès l'âge de 12 ans avait quelques idées

noires : pensait que sa mère pouvait l'empoisonner, mais ne l'extériorisa pas à ce moment.

1^{res} menstrues : à 14 ans. Aménorrhée durant 8 mois en arrivant à Paris.

Congestion pulmonaire à 2 mois.

Rougeole dans l'enfance.

Opérée d'appendicite à 25 ans (P^r MOUCHET).

A 31 ans : Diphtérie. Présente à la suite de cette infection : accès de dépression traité dans sa famille.

Deuxième accès de dépression : à 38 ans en 1938.

Survenant brusquement en Mars : du jour au lendemain n'est plus capable de travailler. Idées fixes et tristes se portant sur ses père et mère décédés récemment. Aboulie. Se faisait une montagne de rien. N'avait plus aucun goût à sortir, à causer, à s'habiller.

Brusquement s'effectue une reprise normale du travail en Nov. 1938.

Troisième accès — présent — Débute en Mars 1939 par des troubles de l'humeur et du caractère qui s'assombrit, et un dégoût progressif entrave vite toute l'activité. La cuisinière lui reprochait de l'avoir fait mettre à la porte et elle en est extrêmement affectée. Les troubles vont s'accusant et lorsqu'elle entre en Mars 1940 à l'Hôpital de Maison-Blanche, elle manifeste un état d'asthénie physique considérable : elle n'est plus capable de monter un escalier seule, le moindre effort la fatigue considérablement. Extériorisation d'idées d'indignité et d'auto-accusation : elle se reproche le départ de sa compagne cuisinière, bien qu'en réalité elle n'y ait été pour rien. Elle est couverte de honte d'être traitée dans un asile d'aliénés.

La douleur morale est intense et entraîne l'insomnie et l'idée obsédante de l'incurabilité et de la stigmatisation indélébile de son séjour dans un tel Etablissement. Elle n'en guérira pas...

Par ailleurs : nul autre trouble du système nerveux n'est à noter.

L'état général assez satisfaisant, malgré un amaigrissement de 7 kgs. Examen neurologique normal. Eréthisme cardiaque (émotif). T. A. 11 1/2-8. Rien à signaler au niveau des sys-

tèmes endocriniens. Aménorrhée depuis quelque temps. Constipation.

Examens de Laboratoire :

Sang : Urée 0 gr. 35 p. 1000. Cholestérine 2 gr. p. 1000.
R. Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Kahn :
négatives.

Urines : Pas d'éléments anormaux les 18-20-22-25 Mars et
2 avril 1940.

Diurèse normale.

Electrocardiogramme : 3 avril 40 : Bradycardie sinusale.
Tracé normal.

Poids à l'entrée : 43 kgs; 42 kgs 300 le 28 mars 1940.

Traitement : Vitamines B₁ et C à doses moyennes (intramusculaires) série alternée du 15 mars au 10 avril 1940.

Hormone synthétique cortico-surrénale. Série de 12 injections du 15 mars au 7 avril.

Sels alcalins et magnésiens per os.

Résultats : Sédation de l'anxiété et diminution de l'état obsédant nocturne, avec reprise partielle du sommeil dès la fin du mois de Mars. A l'anorexie du début fait place une appétence normale. Mlle M. s'occupe à un travail de couture avec plaisir.

Le 12 avril déjà, émoussement des idées d'auto-accusation concernant la cuisinière, mais persistance du sentiment de déshonneur de se trouver dans un tel hôpital. La sensation d'asthénie physique disparaît. La malade se lève et travaille avec plaisir.

OBSERVATION 9.

Mlle Bar., Léonie Marie, sténo-dactylo, 36 ans.

Mélancolie. Etat schizoïde antérieur.

Très grande amélioration.

Antécédents héréditaires et collatéraux :

Père décédé à 42 ans d'infection grippale en Nov. 1918.

Mère bien portante, mais de tempérament nerveux.

Deux sœurs dont l'une aurait des troubles mentaux.

Un frère bien portant, actuellement soldat.

Un autre frère décédé à 7 ans de méningite bacillaire.

Antécédents personnels :

Rougeole. Fièvre de croissance. Impétigo dans l'enfance.

Suit l'école régulièrement, apprend facilement, obtient son certificat d'études primaires dans les meilleures conditions, mais a un caractère « lunatique » et susceptible.

Réglée à 16 ans et régulièrement depuis. Les périodes menstruelles s'accompagnent d'une grande nervosité.

Travaille très irrégulièrement de 16 à 20 ans, apprend la sténo-dactylographie, mais peu robuste elle change souvent de place.

A 26 ans : elle est traitée à la Salpêtrière par hydrothérapie et cacocylate de soude durant une vingtaine de jours. Les troubles s'accroissent progressivement à partir de Septembre 1929 et elle cesse tout travail en Juin 1938.

Entre à l'Hôpital de Maison-Blanche, le 16 mars 1940, présentant un état de dépression mélancolique atypique avec idées d'auto-accusation, elle n'a pas fait son devoir, elle est perdue, elle n'est pas en état de mourir, elle est punie par Dieu, elle n'a pas prié. Intrication d'éléments hypochondriaques en partie motivés.

Asthénie physique et psychique avec lassitude extrême, manque d'entrain, de volonté. Lenteur des réactions psychiques mais aucun affaiblissement intellectuel.

Examen physique :

Etat général médiocre. Teint bistre. Amaigrissement. Inappétence. Constipation. Examen neurologique : rien d'anormal.

Examens de Laboratoire :

Sang : R. Bordet-Wassermann, R. Meinicke, R. Kahn : négatives.

Urines : Le 18-3-40 : Traces d'albumine et d'acétone.

Les 22-25-29 mars : Pas d'albumine.

Poids : 43 kgs 6. Taille 1 m. 61 à l'entrée le 16 mars.

46 kgs 2, le 30 mars.

Electrocardiogramme : Tracé normal.

Traitement :

du 16 mars au 5 avril : séries alternées de vitamines B₁ et C à doses moyennes.

Vitamine A : huile de foie de morue.

Solution de Bourget. Deux verres à bordeaux pro die.

Extrait hépatique injectable. Série du 6 au 15 avril.

Résultats : Disparition de l'état d'asthénie. Récupération de l'appétit (prise de 3 kgs en quinze jours). L'opposition, le semi-mutisme, l'attitude renfermée, la dépression s'amendent un mois après le début du traitement.

OBSERVATION 10.

Mlle F... Marguerite, 49 ans. Couturière.

Mélancolie de la ménopause. Hérité similaire.

Amélioration considérable.

Antécédents héréditaires et collatéraux :

Père décédé à 85 ans.

Mère décédée à 80 ans. Troubles mentaux (persécutée ?).

Un frère et une sœur décédés à 2 et 4 ans de méningite.

2 sœurs, nerveuses. Neurasthénie ?

1 frère, très nerveux. Neurasthénie ?

Antécédents personnels :

A été fragile durant la première enfance, mais n'a jamais eu d'affection grave ni de maladie infectieuse ou éruptive.

1^{re} menstrues à 13 ans. Ménopause à 48 ans (dernières menstrues en Septembre 1939).

Episodes de dépression au cours desquelles n'interrompt pas son travail.

Ouvrière d'usine dans la confection dès l'âge de 12 ans, aussitôt après son certificat d'études.

Vie solitaire, sans joies, sans espérances.

Histoire de la maladie :

Au moment de la prise de son congé payé en Août 1939,

entend dire à son usine que le travail ne reprendra pas à la rentrée régulière. En est très affectée durant ses vacances, car n'ayant pas d'économies, elle vit au jour le jour, du produit de son travail. Les événements de guerre de Septembre 39 jettent en elle un profond désarroi. A la 1^{re} alerte le bruit des sirènes provoque une « crise » s'accompagnant d'un demi-évanouissement, et d'une obnubilation psychique plus accentuée. Son médecin appelé la fait immédiatement hospitaliser à Bicêtre. Les idées de suicide sont très actives : elle se précipite par la fenêtre et en tombant se fracture les deux jambes. Transférée à Ste-Anne où elle est plâtrée, elle entre le 15 janvier dans le service du D^r CHATAGNON à Maison-Blanche :

On note alors : Mélancolie délirante avec grande anxiété, opposition, gémissements continus, concentration douloureuse très intense, en mutisme presque total, mais les quelques mots arrachés nous autorise la confirmation d'un délire d'auto-accusation avec appréhensions pour l'avenir, tristesse absolue, dégoût de la vie et persistance tenace des idées de suicide.

L'état général est très mauvais : inappétence absolue, intolérance digestive avec rejets alimentaires et vomissements, constipation, langue et lèvres rôties, albuminurie et rétention d'urines, congestion des deux bases pulmonaires, assourdissement des bruits du cœur. T. A. 19-11. Adynamie malgré l'agitation grabataire. Le pronostic le plus sombre est porté.

Les jours suivants, l'état reste inquiétant s'accompagnant d'une rétention d'urine nécessitant le sondage quotidien. L'intolérance gastrique est absolue. Du sérum glucosé et salé est fait en série. La congestion des bases est traitée, en même temps que des entéroclyses tièdes désencombrent le rectum. Des injections de solutions de vitamines B₁ et C à petites doses sont instituées. Douze à quinze jours environ après l'entrée, les aliments liquides puis solides commencent à être supportés et très rapidement ensuite à l'inappétence absolue du début font suite les manifestations d'un appétit normal en même temps que la concentration douloureuse se détend, l'anxiété cède, le sommeil réapparaît, le repos réparateur est

vivement apprécié par Mlle F... qui mange et parle normalement.

La rétention d'urine ne s'est plus rencontrée. La congestion des bases a disparu. Le faciès prend une physionomie normale. Le traitement vitaminique est complété par des extraits hépatiques injectables.

Actuellement : la transformation physique est en voie — comme la transformation psychique, de devenir totale. — L'appareil plâtré de jambe a été retiré au 40^e jour comme il avait été prescrit. Il subsiste toutefois au point de vue psychique une certaine appréhension pour l'avenir et l'idée de suicide quoique écartée effleure quelquefois l'esprit de Mlle F..., sans s'imposer jamais, de plus elle extériorise un complexe d'infériorité : diminue ses mérites ou les cache, dit n'avoir pas été bonne élève à l'école, ce qui est faux.

Notons que l'usage des médications dites sédatives dont avait usé largement Mlle F... avant d'entrer dans notre service ne devait pas être étranger à l'état d'obnubilation et de grande anxiété du début et ce n'est que lorsqu'elle eut éliminé tous ces corps toxiques que cédèrent sous l'influence de notre médication : et l'anxiété, et l'insomnie, et la rétention d'urine et l'anorexie.

Examens de Laboratoire :

Urines : 16-1-1940 : Alb. traces. Pas de sucres. Pas d'acétone.

24-1- — :	—	—	—
13-3- — :	—	—	—
18-3- — :	Alb. : 0	—	—
22-3- — :	Alb. : traces	—	—
25-3- — :	Alb. : 0	—	—
29-3- — :	Alb. : 0	—	—
2-4- — :	Alb. : 0	—	—

Electrocardiogramme : 3 avril 1940. A noter seulement un crochetage sur R S en D II.

SYNTHESE DES RESULTATS OBTENUS

Les dix observations prises au hasard parmi les nombreuses mélancoliques que nous avons traitées suivant les principes énoncés dans le chapitre précédent se groupent ainsi :

Trois cas de mélancolie survenus dans la période de la ménopause.

Trois cas de mélancolie survenus dans la période de présénilité.

Deux cas de mélancolie survenus à l'âge moyen.

Deux cas de mélancolie survenus à l'âge adulte.

Nous notons : Dans trois cas : une hérédité similaire et maternelle (obs. 1, 5, 10); dans un cas (obs. 8) : hérédité tuberculeuse.

Au total on relève : Trois guérisons totales (obs. 1-2-4); quatre améliorations considérables (obs. 3-8-9-10); trois améliorations marquées (obs. 5-6-7).

Par amélioration nous entendons : des modifications de l'état mental et de l'état général.

a) Modifications de l'état mental — marquées par une reprise d'activité normale du courant idéique, une atténuation puis une disparition de la dépression, de l'aboulie, des idées délirantes et des idées de suicide, un effacement de l'anxiété et de l'angoisse, une reprise d'activité pratique et de l'appétence vitale.

b) Modifications de l'état général — indiquées par une réapparition de l'appétit, du sommeil, une reprise des fonctions digestives avec augmentation de poids, une régularisation des fonctions endocriniennes.

Les modifications heureuses que nous avons obtenues sur l'évolution de nos mélancolies, grâce au traitement psychothérapique et vitamino-hormonal ainsi qu'à un régime alimentaire bien étudié prouvent l'association intime du physique et du psychique et la simultanéité des retentissements réciproques.

CONCLUSIONS

I. La Mélancolie chez la Femme rythme souvent les étapes de sa vie génitale et les grandes périodes de ses crises émotionnelles : elle est d'une très grande fréquence.

Elle se présente sous un aspect clinique très nuancé qui a été remarquablement analysé par les classiques.

La mélancolie constitue à elle seule toute la maladie, évoluant sans lendemain ou se manifestant par crises successives — ou bien elle n'est qu'un des éléments du tableau morbide, associé à d'autres troubles mentaux (manie, syndrome obsessionnel, hystérique, schizophrénique, etc.); ou à des troubles organiques du système nerveux ou de l'économie générale : (Syphilis cérébrale, Paralysie générale, Ramollissement cérébral, Infections, Intoxications, Diabète, Tuberculose, Carences, Dysendocrinies, etc.).

La part de l'hérédité est grande pour l'explication des modalités psychopathologiques de la Mélancolie (associations et intrication des syndromes mentaux); ce fait doit entrer en ligne de compte dans les directives de la thérapeutique.

II. C'est donc sur ces organismes profondément, mais diversement altérés qu'écloront les symptômes mélancoliques : La thérapeutique de ces états ne sera donc pas stéréotypée.

III. Le traitement classique de la Mélancolie comprend :

Un traitement général : surtout symptomatique.

Un traitement moral : de très grande importance et institué sur un malade isolé dans une formation hospitalière spéciale (Maison de Santé ou Hôpital Psychiatrique).

IV. La pénétration chaque jour plus grande des méthodes scientifiques, c'est-à-dire de la recherche précise en médecine psychiatrique, permet d'établir quelques données physio-pathologiques de la Mélancolie sur lesquelles s'appuieront les actions thérapeutiques.

Constatations habituelles :

a) Modifications profondes de la Nutrition avec anorexie, inappétence, constipation causées par des troubles d'une intensité souvent considérable dans les fonctions glandulaires marquées par :

une hypo-sécrétion ou une absence de sécrétion de toutes les glandes digestives (salivaires, œsophagiennes, gastriques, intestinales).

une perturbation dans les sécrétions exo et endocrines du Foie et du Pancréas.

une hypo-sécrétion ou une absence de sécrétion de toutes les glandes de la nappe cutanée (sudoripares, sébacées).

une perturbation certaine également des sécrétions endocrines portant surtout sur les glandes génito-surrénales-hypophyso-génito-surrénales, plus exceptionnellement sur le système thyro-génital.

A ces troubles des fonctions glandulaires s'ajoutent ceux réalisés au niveau de tous les tissus ayant pour conséquence les altérations des phénomènes d'oxydo-réduction, de phosphorylation, d'hydrolyse, de décarboxylation, de désamination, etc...

b) Les insuffisances à des degrés variables des fonctions hépatiques.

c) Les altérations très fréquentes des fonctions rénales (albuminurie, fragilité rénale, etc.).

d) Les troubles cardio-vasculaires avec : des symptômes de myocardie avec hyposphyxie des extrémités tension artérielle basse avec très faible différentielle (10-9, 11-9, 9-6). Parfois altération de la crase sanguine avec anémie.

e) Les altérations fonctionnelles du système nerveux végétatif dont la formule schématique peut être : tonus vagal et sympathique très bas. Hypo-amphotonie mais avec une prédominance parasympathique.

V. A l'action purement symptomatique du traitement classique de la mélancolie nous portons les critiques suivantes au sujet du traitement de l'insomnie douloureuse et de l'anxiété des mélancoliques par l'opium et ses dérivés, associés ou non à la belladone, et les bromures :

a) L'opium et ses dérivés, associés ou non à la belladone utilisés à doses continues et progressives, puis régressives est ordinairement peu efficace et ses inconvénients considérables.

1°) peu efficace : les améliorations qui peuvent être notées dans quelques cas, ne le sont qu'aux

doses élevées donc toxiques — et ne sont toujours alors que partielles.

2°) Inconvénients : — Ils ne « reposent pas le nerf » comme le fait le « plâtre de l'os fracturé » selon la si imagée mais fallacieuse comparaison de SCHÜLE.

— Ils accroissent souvent l'anxiété au lieu de la calmer.

Ils accroissent l'inhibition des sécrétions glandulaires dont l'action est capitale et commandent : les inhibitions ou le ralentissement des phénomènes d'oxydo-réduction, de phosphorylation, etc., de l'organisme tout entier, y compris ceux effectués au niveau du système nerveux central.

— Ils accroissent la parésie intestinale.

— Indirectement ils augmentent les phénomènes d'auto-intoxication intestinale et autre.

b) Les Bromures. — Sont également peu efficaces et présentent plus d'inconvénients que d'avantages. Inefficaces aux faibles doses ils n'exercent d'action qu'aux fortes doses, mais déplacent alors le chlore dans des proportions préjudiciables à l'équilibre humoral normal chez des sujets dont l'apport chloré alimentaire est souvent déficitaire. Le brome s'accumule : son élimination très lente explique l'encombrement d'un élément peu utile dans un organisme dont tous les émonctoires doivent être libres. Les bromures agissent surtout par leur sel associé : le potassium étant le plus actif mais aussi le plus toxique

et le plus déprimeur. Les bromures renforcent les inhibitions, accentuent les sensations de tête lourde et de malaise général et à grosses doses créent même l'état dépressif.

VI. Au traitement purement symptomatique nous proposons la substitution d'une thérapeutique répondant mieux à la correction des déficiences ci-dessus résumées; elle aura pour but de favoriser l'invigoration des processus d'activité vitale de ces organismes par la mise en œuvre des actions d'oxydo-réduction, d'hydrolyse, de phosphorylation, de décarboxylation, de désamination et de mise en charge des diastases métallo-organiques, se rapprochant ainsi du traitement étiologique.

On arrivera à ce but par l'emploi des vitamines et des hormones d'une part, ainsi que par un régime alimentaire approprié.

Nous avons utilisé :

Parmi les hormones : surtout les hormones hypophyso-génitales et surrénales (cortine).

Parmi les vitamines : La vitamine A sous forme de solution huileuse à forte concentration vitaminique ou d'huile de foie de morue aux doses moyennes de 1 milligramme pro die.

La vitamine B₁ sous forme synthétique aux doses moyennes de 2 milligrammes pro die.

La vitamine B₂ ou G par l'intermédiaire d'un extrait gastrique riche d'ordinaire de cette vitamine.

La vitamine C sous forme synthétique aux doses moyennes de 200 milligrammes par jour.

La vitamine E en solution huileuse, à 10 p. 100 à raison de 1 milligramme par jour.

Les vitamines sont utilisées ensemble, à doses variables suivant l'état général du sujet, par périodes de dix à quinze jours et plus.

Ces traitements sont complétés par un élément magnésien, sodique ou mercuriel sous forme soit d'hypo-sulfite de magnésium, de sulfate de soude ou de calomel — et l'observation stricte d'un régime alimentaire constitué soit par le régime lacté ou ovo-lacté avec jus de viande, soit par un régime à type de petite insuffisance hépatique.

L'exonération intestinale se régularise spontanément, mais est toujours chaque jour surveillée.

Le traitement psychothérapique est mis en œuvre dès le début et parallèlement au traitement médicamenteux et diététique : quelle que soit la période où est vu le Mélancolique l'attitude du médecin sera celle du confident et du tuteur, compatissant avec autorité, bonté, sincérité, droiture. — Le mélancolique est toujours un sensible, il faut gagner son cœur plus que son entendement; pour cela l'entourer de soins et de sollicitude, lui témoigner un intérêt profond, sans arrière-pensée. Le mélancolique est sensible aux moindres nuances : on ne doit lui laisser découvrir aucun symptôme de découragement, il doit percevoir qu'on a foi en sa guérison. On ne discutera pas ses idées délirantes, on ne cherchera pas à les réfuter mais on les éludera sans persiflage ou ironie ou impatience, en restant ferme et confiant.

Dans la période prémonitoire du chagrin : le tact et la sensibilité compréhensive de l'entourage ou du médecin peuvent faire beaucoup pour l'avortement de l'accès mélancolique en s'efforçant de briser le cours de la douleur et de chasser l'idée obsédante par un dérivatif approprié.

Au cours de la période d'état : celle généralement où le malade consulte, il importera d'approfondir les antécédents personnels et de dresser un bilan de la personnalité émotionnelle du sujet, de la nature et des circonstances du ou des chocs affectifs responsables du déclenchement de l'affection, et d'analyser rigoureusement le contenu des thèmes délirants — afin d'en pouvoir extirper la superfétation par un dévidement progressif qui ne manquera pas de détendre petit à petit le malade.

Durant la convalescence : c'est la reprise du travail, de l'activité utile, variable avec chaque sujet qui contribuera le plus à la guérison totale.

Signalons enfin l'intérêt d'un support moral pour la vie sociale du mélancolique indigent qui pourrait être constitué par l'organisation de sociétés de patronage comparables à celle instituée dès 1841 par FALRET.

VII. — Si le traitement psychothérapique reste le même à quelques nuances près dans toutes les formes de mélancolie il n'en est pas de même du traitement médicamenteux : Dans les Mélancolies associées ou symptomatiques c'est le plus souvent le traitement de l'affection causale ou associée qui s'impose en premier

lieu : Exemple du syndrome mélancolique chez les syphilitiques, etc..

VIII. — Par cette étude il nous est permis d'envisager une médication essentiellement physiologique et pour ainsi dire étiologique, agissant indirectement sur l'insomnie et l'anxiété du mélancolique en modifiant les réactions tissulaires et la nutrition de l'organisme en entier.

Les dix observations résumées que nous avons prises au hasard des nombreux cas que nous avons heureusement traités suffisent à nous faire comprendre la simultanéité des retentissements réciproques du physique et du psychique si intimement associés.

Vu : Le Président de Thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (P.). — Les terminaisons de la Mélancolie. *Thèse Paris* 1923.
- ABERLE (S. B. V.). — *Journ. Nutrition* 7 : 445, 1934.
- ABRAHAM. — Ansätze zur psycho-analytischen Erforschung und Behandlung des manisch depressiven irreseins und verwandter Zustände. *Zentralbl. f. psychoanal.*
- ANGLADE. — Voir article Mélancolie dans le *Traité de Pathologie mentale* de G. BALLET.
- AULT (C. C.), DOCTOR (E. F.) et WERNER (A. D.). — Melancholia involuntional Theelin (estrogen, therapy). *J. A. M. A.*, 109, 1786-1788, Nov. 37.
- BABCOCK (Waren). — On the treatment of acute and curable forms of melancholia. *Int. m. mag.* N. Y, 1900.
- BABINSKI. — Guérison d'un cas de mélancolie à la suite d'un accès provoqué de vertige voltaïque. *Rev. neur. Par.* 1903.
- BADONNEL. — Contribution à l'étude des troubles des fonctions organiques dans la Mélancolie. *Thèse Paris*, 1924.
- BALLET (G.). — La Mélancolie intermittente. *Presse Médicale*, 1902.
- BARUK, LABONELIE, Mlle LEURET. — Les psychoses hyperfolliculiniques en clinique humaine et dans l'expérience animale. *Ann. Médico-Psychol.*, 27 mars 1939.
- BECKER. — Insanity M. Dépressive. Favorable results of dial (barbitural derivative). *Therapy d. Gegenro*, déc. 27.
- Hématoporphyrin administration. *Hosp. arg.*, Déc. 15-33, and *psych. Wehnschr*, June 32.
- Treatment of involution melancholia with ovarian hormone.
- BECKMAN (J. W.). — Periodeike melancholie en glycosurie. *Nederl. Tijdschr. V. Geneesk Amst.*, 1909.
- BENHAND. — 1915. A case of acuti melancholia treated by

- blood-letting. *Lancet Lond.* 1915. Two cases of anergic stupor treated with thyroid gland extract. *Ibid.* 421.
- BENOIT. — Le R. O. C. dans les états anxieux. *Thèse Bordeaux* 1920.
- BENON (R.) (1929). — *Rev. génér. clin. et Theur.*, 1924, Janvier. New methods for women.
- BENON (R.). — True melancholia and its cure. *Ann. méd. psych. march.*, 27.
- La mélancolie. Clinique et thérapeutique. G. Doin 1925.
- BEYERMAN. — Treatment with somnifene (barbital derivative). *Neder Tydschr.* (V. GENEESK).
- BONDAREW (N.). — Treatment of menstrual depression by roentgen irradiation of ovaries. *Ztschr. J. de Ges. Neurol. U. psychiatr.*
- BUFE (E.). — Dicodide (codéine derivative) and cardiazol (metrazol). *Psychiat. neurol. Wchnschr.* Jan. 31.
- BUGGS (L. V.) (1918). — Occupational and industrial therapy; how can this. Important branch of treatment of our mentally ill be extended and improved. *Am. J. insan.* Balt. 1917-18.
- BWOMAN (R. M.) et BENDER. — *Ann. psych. march.* 32.
- CABANE (T.) et CABANE (M.). — Sur un cas de Mélancolie associée à un syndrome fruste de Simmonds : le rôle de l'hypophyse dans certaines dépressions. *Ann. Médico. Psychol.*, déc. 1936.
- Recherches sur les hormones hypophysaires dans certaines psychoses. *Ann. Médico-Psych.*, Mars 1938.
- CAMPIONI (T.). — Therapy of depressive syndromes using extracts of sex glands of lower vertebrates, clinical study. *Rassegna di studi psichiatr.*, July ang. 35.
- CASSILLO (I.). — Photodyn (hematoporphyrin hydrochloride) in therapy of endogenous depressive psychoses and of melancholia depression. *Arch. gen. di neurol. psychiat. e psicoanal.*
- CHATAGNON (C.). — Le métabolisme du brome dans l'organisme humain. *C. R. Académie des sciences*, 1936, t. 202, p. 1119.

- Le brome dans le suc gastrique. *C. R. Académie des Sciences*, 1936, t. 203, n° 23.
- La sécrétion gastrique du brome au cours de la thérapeutique bromée. *C. R. Académie des sciences*, 1936, t. 204, n° 24.
- L'élimination urinaire du brome après ingestion de bromure de sodium. *C. R. Académie des Sciences*, 1937, t. 204, p. 72.
- Le problème de l'élimination du brome chez l'être humain. Importance du bilan chloré. *La Presse Médicale*, N° 32, 1938.
- L'élimination du brome de l'organisme humain. Mémoire. Imprimerie Declume.
- La fonction gastrique chez les schizophrènes. *Annales Médico-Psychologiques*, 1940.
- CHATAGNON (P.) et CHATAGNON (C.). — Les allongés. Considérations médico-sociales sur les insuffisances surrénales congénitales. *Bull. Académie de Médecine*, 1938, p. 409-417.
- CHAUVET (S.). — Mélancolie et états mélancoliques. Considérations pathologiques, clinique et thérapeutique. *Hôpital Par.* 1923.
- CLAUDE (H.). — Remarques sur la dissociation effective dans certains états mélancoliques anxieux. *Progrès médical*, 1924.
- CONSTANTINESCO (T. et D.). — Catamenial cyclophrenes results of glandubolin (estrogenic preparation) in therapy. *Bull. Soc. de psychiât. de Bucarest*, Jan-March 37.
- CORNIL (L.) et ALLIEZ (J.). — Foie et troubles mentaux. *Nutrition*, T. VII, n° 2, 1937.
- CORNIL (L.), SCHACHTER (M.), CONY (P.). — Considération physio-pathologique sur les états mélancoliques. *Bulletin médical*, 16 mars 1940.
- CORVIC-PARSONS (J. P.) et RAPHAEL (T.). — Insulin and mental depression. *Arch. Neurol et psych.* Chicago 1924.
- DAMAYE (H.). — Comment on peut actuellement traiter les maladies mentales. *Ann. Med. Psych.*, 1914-13.
- DAWSON (W. S.). — Cardiazol metrazol convulsion therapy. M. F. Australia.

- DEFFUENT. — Les troubles du système neuro-végétatif des mélancoliques. *Thèse Montpellier*, 1937.
- DEMAYE (H.). — Délire aigu au cours d'une mélancolie anxieuse, pathogénie et traitement. *Encéphale Par.* 1921.
- DESCHAMPS et CHABOŁOWSKA. — Therapeutic use of magnesium thiosulfate. *Avenir méd.* 33, July-Aug. 36.
- DREYFUS (Georges L.). — Die melancholie ein Zustandsbild des manisch. Depressiven. Irreseins. Dine Klinische studie mit einem Vorwort von Dr. Emil. Kraepelin.
- ENGLISH (W. M.). — *Ann. f. psychol.*, Nov. 29. Treatment with manganèse chloride of 33 cases at Ontario Hospital, Brockville. Ontario (W. M. English). *Ann. j. psych.*
- ESQUIROL. — Des maladies mentales 1838.
- EUZÈRE et MARGAROT. — Le R. O. C. dans les états anxieux. *Gazette des hôpitaux*, 19 juin 1920.
- EVANS (H. M.). — *Journ. Ann. Med. Ass.* 99 : 469, 1932.
- EWERHARDT. — The treatment of m. depress. psychoses Maryland psych. Q. Balt. (1922-23).
- FARLAND et GOLDSTEIN. — The biochemistry of manic depressive psychoses. *A. J. Psychiatry*. July 1939.
- FARR (C. B.), SLOANE (P.) et SMITH (L.). — Suprarenal extract in involutional melancholia, analysis of 175 cases. *J. neur. ment. Bis.* 30.
- FARRARC (1913). — The manic depressive psychoses and their treatment. *Mod. tr. Nerv. et ment. bis.* Phila et N. 1913.
- FRENSDORF (E. W.). — Injections et lumnial sodium (phenobarital sodium) in excited patient. *Itschr. f. d. ges. Neurol. a psychiat.* 27.
- FRIBOURG BLANC. — Mélancolie anxieuse d'un diabétique guérie par l'insuline. *Bruxelles Méd.*, 25 juin 1939.
- FRIENDLAUDER (A.). — Massage and phenobarbital sodium. *Psychat. neurol. Wehnschr.* Déc. 32.
- FRIENDLAUDER (E.). — Einige Erfahrungen mit morphiun scopolamin und Trivalin resp. Trivalin. Hyoscin bei der Behandlung schwerer. Erregungs und Angstzustande. *Psychiat. Neurol. Wehnschr. Hall. a. S.*, 1915.
- GANS (A.). — Somnifen treatment of Klasi with favorable results applied to a woman suffering with melancholia agitata. *Nederl. Tydschr. V. Geneesk.* Haarlem 1924.

- GICHM (G.). — Photodyn (hematoporphyrin hydrochloride). *Fortschr. therap.*, Sep. 34.
- GRUSCHKE (J. G.). — Photodyn (hematoporphyrin hydrochloride). *Psych. en neurol. bl.* Nov. Déc. 36. Also *psych. neurol. Wehnschr.*, Févr. 37.
- GUTTMANN (G.). — Effect of benzedrine on depressive states. *J. Ment. Sc.*, sept. 36.
- HARTMANN (H.). — Decholin (dehydrocholic acid preparation). *Med. Klin.*, Déc. 31.
- HUHNERFELD (J.). — Hematoporphyrin. *Ztschr. f. D. ges. Neurol. u. psychiat.*
- Indications for use of hematoporphyrin. *Deutsche med. Wehnschr.*, June 35.
- Hematoporphyrin. (*Med. Klin.*, April 32). *Neurol. Wehnschr.*, April 20-35.
- JEDLOWSKI (P.). — M. Depress. 33. Sexual organotherapy in depressive state archiv. *Gen. di neurol psychiatr. e.*
- KEPINOV (L.). — Rôle des vitamines A et E. *C. R. Acad. Sciences*, Paris, 22 janvier 1940.
- KOHRA (T.) (M. B.). — Continuous sleep induced with sulphonal in treatment Fuknoka-Tkavadaigaku. *Zasshi*, Janv. 299.
- LAIGNEL-LAVASTINE, CORNELIUS, VINCENT. — Le pH et la réduction alcaline du sang chez les animaux. *C. R. S. Biologie*, 28 mars 1928.
- LAIGNEL-LAVASTINE, BARBE, DELMAS. — La pratique psychiatrique. Baillière Paris 1919.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Mélancolie anxieuse améliorée par injections intra-veineuses de solution aqueuse de peptone (méthode de Nolp). *J. de psychiat. norm. et pathol.*, Paris 1929.
- LEISCHNER (A. W.). — Experiments with decholin (dehydrocholic acid preparation). *Med. Klin.*, Octobr. 30.
- LÉONARDON. — Contr. à l'étude de quelques troubles humoraux dans les états maniaques, mélancoliques et anxieux. *Thèse d'Alger* 1938.
- LÉONHARD (K.). — Ergotamine (ergot preparation) further results. *Ztschr. f. d. ges. neurol. u. psych.* 34.
- LÉONHARD (R.). — Atropine and ergotamine (ergot preparation). *Arch. f. psych.* 32.

LEROY (A.). — Phenobarbital. *J. de neurol. et de Psychiat.* féb. 32.

— Metrazol (injected intramuscularly in medium repeated doses often calms anxiety of melancholia.

LÉVI-BIANCHINI. — Therapy of endo-genous and involutional melancholia with hematoporphyrin. *Arch. gen. di neurol. psychiatr.*

LÉVI-BIANCHINI et NARDI (J.). — Malaria therapy. *Arch. gen. di neurol. psychiatr.* June 29.

LÉVY-VALENSI. — *Précis de Psychiatrie*. L. Baillière, Paris.

LÉOHOCZKY. (T.). — Autohemotherapy, May-June 37.

LICHOCZKY (T. von). — Autohemotherapy. *Psych. Neurol. Wchnschr.* 39, April 24, 35.

LIGSTERINCK (J. et T.), SIMONS (C.) et SPEIJER (N.). — Effect of pernaemon (liver extract) on cholesterolemia and psychocitre picture of involutional melancholia *Nederl. V. Geneesk.* Feb. 37.

MARTIMOR et BREZINSKI. — Essais thérapeutiques inspirés par la constatation de l'acidose et de la rétention chlorée dans les syndromes mentaux. *Ann. médico-psychol.*, Avril 1935.

MASSELON (R.). — Traitement de la mélancolie. *Extrait Rev. de thér. méd. chirur.* Par. 1906.

MASSELON (R.). — La Mélancolie. F. Alcan Editeur 1906.

MEERHOFF (A.). — Use of large doses of strychnine in state of depression. *Deutsche Ztschr. f. Nervnh.*

MELLANBY (E.). — *Lancet* 1919, 407.

— *Spec. Rep. ser. Med. Res. Conn. London*, N° 61, 1921.

— *J. Physiol.*, 1926, 61, XXIV.

— *Brit. Méd. J.*, 1930, 677.

— *Brain* 1931, 54, 247.

— *Brit. Méd. J.*, 1922, 490.

MELLANBY (E.), MAY. — *Lancet* 1918, 767. *Spec. Rep. Ser. Méd. Res. Conn. London*, N° 140, 1929.

MELLANBY (E.), SURIE (E.). — Harrison, D. C. *Biochim. J.* 1929, 23.

MIGNON (H.). — Aggravation of gastric intestinal complication and suicidal tendencies by opium treatment. *Rev. gen. de clin. et de ther.*, Fébr. 28.

- MITLIN (M.) et POSDNIAKW (m. dépress). -- Autohémothérapie.
Wrasch-dielo, Avril 27.
- MISKOLCZY (O). — Insulin (In M. Dépress). *Psych. neur. Wchnschr.*, Janv. 27.
- MONTASSUT (M.) et LEMAIRE. — Polycamphosulfonates in the-
rapy of depressive conditions with special reference to
manie, depressive insanity and constitutional depression.
Progrès médical, nov. 35.
- MONTASSUT. — La Dépression constitutionnelle. Masson Edi-
teur 1938.
- NAUDASCHER (G.). — Etats mélancoliques avec hypot. arté-
rielle, traitement par l'opothérapie surrénale et l'adré-
naline. *Ann. méd. psych.*, Par. 1922.
- NICOLAS. — Nosologie de la Mélancolie légitime. Essai sur la
méthode psychopathologique. *Thèse Paris*, 1939.
- NORMAN (H. J.). — Lactic acid bacilli in the treatment of
melancholia. *Brit. M. J. Lond.* 1909.
- NOTKIN (J.), HUDHART et DENNES (B.). — Hematoporphyrin,
treatment in involution melancholia. *Psychiat. quart.*
juby 35.
- OSTANKOFF (P. A.). — Treatment and care of acute cases of
mental diseases obozr. *P. Skliat Nevrol. Petrog.*, 1916.
- PHILLIPS. — j. e. p. The treatment of melancholia by. The
lactic acid bacillus. *J. ment. Sc. Lond.*, 1910.
- PILCZ (A.). — Cure of case after ligation of vaşa deferentia.
Wien. Med. Wchnschr.
- M. Dépressive. In puberty, therapy. *Wien. Klin.*
Wchnschr., july 33.
- PILIP (L.). — Opothérapie-june 30. *Casop. lek. cesk.*
- PIRAMI (E.). — Cortical hormone of suprarenals in therapy
of depressive syndromes. *Nose. c. riv. di psych.*, Oct.-
Déc. 34.
- PLAUT (F.) et BULOW (M.). — *Zeit. ges. Neurol. Psych.* 152 :
324-1935.
- *Klin. Wochens.* 14 : 1318-1935 et 14 : 1716-1935.
- *Zeit. ges. Neurol. Psych.*, 154 : 481-1936.
- POPEA (A.), DEMETRESKO (T. R.) et DOSIOS (A.). — Evolution,
prognosis and therapy of certain form of cyclophrenia;
3 cases. *Bull. Soc. de psychiatr. de Bucarest*, 36.

- REITER (P. J.). — Symptomatic treatment of mental depression with special regard to cannabis indica and electrolyse therapy Ugesk.
- RINGSTED (A.). — *Biochem. Journ.* 29 : 788-1935.
- RIZZATTI (E.). — M. depr. Sodium fluoride in agitated states of affective psychoses; pathogenetic therapy of maniacal conditions. *Biochim. l. therap. sper.* (Août) 31-32.
- ROBIN (A.). — *Traité de Thérapeutique appliquée.* Rueff Editeur Paris 1898.
- ROQUES DE FURSAC et ABELY. — Traitement des états mélancoliques par le cacodylate de soude à hautes doses. *Ann. méd. psych.*, Par. 1921.
- RONDEPIERRE (J.). — Cyclothymia due to pituitary dysfunction case successfully treated. *Ann. med. psych. march.* 36.
- SACK (H.). — Endocrine therapy of depressive psychoses in women. *Monatschr. f. psychiat. u. neurol.*, 32.
- SANTAMARIA (A.), GUARANTA (J. N.), GAIBISSO (O. F.), NELLI (R.). — Hematoporphyrin, new agent; 6 cases. *Semana med.*, Déc. 35.
- SANCHEZ-HERRERO (A.). — Reflexiones clinicas sobre el tratamiento de la melancolia. *Siglo. Med. Madrid*, 1907
- SANTENOISE (D.). — Système organo-végétatif et psychoses fonctionnelles. *Encéphale* 1937.
- SANTENOISE-VIDACOVITCH. — Contrib. à l'étude des Psychoses d'intoxication. *Ann. Médico-Psychol.*, 1925.
- SCHER. — Active therapy du Dr SIMON (W. M. Van der Scheer), Avril 27.
- SCHORRE (E.). — *Allg. Ztschr. f. psychol.* Relation between disorders of hepatic function and melancholia symptom complex with special consideration of decholin (dehydrocholic acid preparation).
- SEN (K. K.). — Treated by sulphur injection. *Andrien m. gaz.* Sept. 33.
- SÉRIEUX (P.). — Le traitement des états d'agitation par le bain permanent. *Rev. de psych.*, Paris 1902.
- SLIGHT (D.). — C. N. H. Long. Plasma lipoids in mental depression. *J. Psychiat.*, July 33.
- SNOWDEN (E.). — Psychol. treatment of mania and depression, 14 may 27.

- SPÖRE (I. V.). — Sedormid (uréide preparation). *Wien. med. Wchnschr.* Jan. 32.
- STÉFAN (H.), HAUSEL (G.) et CUPPERS (C.). — *Psychiat. neurol. Wchnschr.* Aug. 29-36.
- STRANSKY. — Streifzüge durch die Klinik des manisch-depressiven-irreseins. *Med. Klin. Berl.* 1911.
- STRECKER (E. A.) et REYES (B. L.). — Ovarian therapy in involutional melancholia. *N. York M. J.*, 1922.
- STRONG (E. R.). — A comparison, between experimental. Data and clinical results in manie-depressive. *Insanity. Am. J. Psychol.* Worcester 1913.
- TARGOWLA et LAMACHE. — Le syndrome biologique des état mélancoliques. *Encéphale* 1929.
- TINEL. — Provocation de crises mélancoliques par les émotions joyeuses. *Encéphale* n° 8, 1931.
- TINEL (J.) et JACOB (E.). — Intravenous injections of human serum in therapy. *Ann. méd psych.*, Janv. 34.
- TOMASSON (H.). — J. Neur. Sc. Therapeutic attempts with ephedrine and acetylcholine. Sept. 36. *Monatschr. J. psychiatrie, u. neurol.*, aug. 36.
- Effect of acetylcholine, atropine, ergotoxine (ergot préparation) and ephedrine on blood electrolyses. *Monatschr. f. psych. u. Neurol.*, Sept. 33.
- TOMPSON (A.). — In private practice (autohemotherapy). *Irish. J. M. sc.* pp. 626, Oct. 37.
- TOULOUSE. — Guérison rapide des psychoses aiguës sous l'influence d'injections sous-cutanées d'oxygène. *Soc. méd. des Hôpît. de Paris*, 1913.
- ULRICH (A.). — Ueber psychische Wirkungen des Broms und die wirksame. Behandlung melancholischer zustände mit sedobrol. *Cor. Bl. f. Schweiz-erzte*, Basel 1916.
- VERMEYLEN (G.) et HEERNU (J.). — 1-2-3 alpha dinitrophenol (nitrophenine, in depressive states. *J. Belge de neurol. et de psych.*, May 35.
- VIE et RANCOULE (P.). — Metrazol. *Ann. méd. psych.*, mai 39.
- VINCHON. — Les indications thérapeutiques de l'hématoporphyrine. *Monde médical*, 1934, n° 855.
- Action de l'hématoporphyrine dans les syndromes

- dépressifs psycho-organiques. *Progrès médical*, 9 nov. 1935.
- VINCHON (J.) et BOURGEOIS (P.). — Hematoporphyrin. *Arch. intern. de neur.*, Oct. 39.
- WASBURNE (A. C.). — (Wisconsin, July 39). Recent Views, in etiology and treatment (insan. M. Depr.).
- WERNER (A. A.), KOLHER (L. H.), AULT (C. C.), HOCTOR (E.).
— Involuntal melancholia; treatment (with theelin female sex hormone). *Arch. neurol. et psych.*, May 36.
— Involutional melancholia; probable etiology and treatment (with theelin female sex hormone). A. A. WERNER et Others, July 34.
- WITZEL (A. E.). — Treatment. *Psychiat. quart.*, Oct. 28.
- WOLFF (O.). — Trional (sulphonethylmetanum). Treatment. *Allg. Itschr. f. psych.*, Dec. 27.
- ZICHEN. — Die Erkennung und Behandlung der melancholie in der Praxis 2 auf e. *Hall a. s.* 1907.
- ZITTERMANN. — Rapport des états mélancoliques et l'atonie de la vésicule biliaire. *Ann. médico. psychol.*, 1929.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE I. — <i>Considérations générales et Symptomato-</i> <i>logie de la Mélancolie</i>	14
I. Le Syndrome mélancolique	16
1°) Troubles du sentiment et de l'activité vo-	
lontaire	16
2°) Troubles intellectuels	18
3°) Troubles sensoriels	20
4°) Modifications des signes généraux	22
II. Les formes cliniques de la Mélancolie	28
1°) Mélancolie simple avec conscience	29
2°) Mélancolie anxieuse	30
3°) Mélancolie avec idées de persécution ou	
persécutés mélancoliques	32
4°) Mélancolie stuporeuse et confusionnelle ..	33
5°) Mélancolie présénile et sénile	35
CHAPITRE II. — <i>Indications Thérapeutiques</i>	37
A) Eléments de physio-pathologie des Etats mélancoliques	37
B) Indications générales du traitement de la Mélancolie	45
a) L'isolement	45
b) L'alimentation du mélancolique	52
c) Le traitement proprement dit	57

1°) Psychothérapique : Début	58
Etat	59
Convalescence ..	59
2°) Critique des médications classiques de l'insomnie des mélancoliques	60
L'opium et ses dérivés	61
Les bromures	70
3°) Le traitement médicamenteux	71
Directives générales du traitement médicamenteux.	72
1°) Médication vitaminique	72
Les différentes vitamines : A, B ₁ , G, C, E.	75
2°) Conduite du traitement	78
Posologie	79
Accidents ou incidents	80
Résultats	80
3°) Autres traitements	81
C) Indications spéciales suivant les variétés cli- niques de la Mélancolie vraie et des syndromes mélancoliques	85
1°) Mélancolie avec conscience	85
a) Traitement général.	
b) Traitement psychothérapique.	
2°) Mélancolie anxieuse	88
a) Traitement général.	
b) Traitement psychothérapique.	
3°) Mélancolie avec idées de persécution ou persécutés mélancoliques	89
a) Traitement général.	
b) Traitement psychothérapique.	
4°) Mélancolie stuporeuse et confusionnelle ..	90
a) Stuporeuse. Traitement général.	
b) Confusionnelle. Traitement général.	
5°) Mélancolie présénile et sénile	91
6°) Phases mélancoliques de la folie circulaire.	93
7°) Les syndromes mélancoliques de la Sy- philis cérébrale et de la Paralysie Générale.	95
8°) Les Etats mélancoliques des psychopathies organiques	98

9°) Les Etats mélancoliques associés à l'évolution d'un Diabète, d'une Tuberculose, etc. . .	98
10°) Les Etats mélancoliques associés à d'autres syndromes mentaux	99
D) La Psychothérapie et la réadaptation. Le problème social des mélancoliques	100
CHAPITRE III. — <i>Observations</i>	103
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS OBTENUS	125
CONCLUSIONS	127
BIBLIOGRAPHIE	135

